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 META
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
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	**50**
Código Centro	**953210**
Fecha Elaboración	**18 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**58785-331505**
No. de documento	**16620**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EIDER REINA ESPINOSA	**C.C.**	86.049.190	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	ereina@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	84181018916		
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:	2198795/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**10921**		
Valor Total del Contrato	$ 37.006.934	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.006.934	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.558.359,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.448.575		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES. CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS CURSOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, DE ACUERDO CON SU PERFIL Y PROGRAMACIÓN ESTAB

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.558.359	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	**$ 3.558.359**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.097.542**	**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	----------	**9416371880**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.423.344	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.500	$ 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	$ 355.836	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 699.181	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.097.542,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.152.559,00	
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	12.610,00	0,400%
-	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	**$ 3.545.749,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar los procesos de aprendizaje y formación profesional de conformidad con el diseño curricular,
Participar activamente en los equipos de diseño y desarrollo curricular Interdisciplinarios por programa o conjunto de programas o por
Organizar y participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada, y en el reconocimi
Registrar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de tres (3) dias, la información académica
Realizar la revisión del diseño curricular y el análisis frente a la ejecución de la formación profesional
Elaborar y registrar las evidencias de los procesos formativos desarrollados con los aprendices acorde a los lineamientos del proceso
Presentar en original y copia el reporte mensual del Instructor con las evidencias del proceso formativo, para ser entregados en medio
Usar y gestionar las diferentes Plataformas tecnológicas institucionales de apoyo académico y administrativo relacionado con su rol
Ajustar y atender las Orientaciones del equipo técnico-pedagógico del Centro de formación.

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.

EIDER REINA ESPINOSA
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,

JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO
COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES

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

BERTHA LUCIA RAMÍREZ PARRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

136735686

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio · Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Reina	Espinosa	Eider	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	86049190	Femenino Masculino X	23 01 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Porvenir	1'423343

18. Residencia

Dirección: Calle 45 # 32-78 Bar. El Triunfo — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3212526337 — Correo Electrónico: eiderreina23@gmail.com

Municipio / Distrito: Villavicencio — Zona: Urbana X Rural — Localidad / Comuna: — Departamento: Meta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Centro Medico Vvo - Odontosanitas Vvo	50302-9593
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualizacion del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [X] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

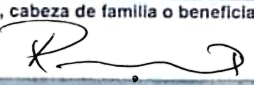
Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, SC, CD)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				01 02 2021

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
	

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACION POR LA EPS
17 FEB 2021
RECIBIDO POR

Observaciones: TC 03 TA02
Fecha Inicio: 01-02-2021
Fecha Terminacion: 12-12-2021

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Sandra Mora Asesora Comercial CC 40 189 893 Cel 311 553 89 91		

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

136735686

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Reina	Espinosa	Eider	

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC X PA SC

8. Número del documento de identidad: 86049190

9. Sexo: Femenino Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 23 01 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'423343

18. Residencia

Dirección: Calle 45 # 32-78 Brr. El Triunfo

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3212526337

Correo Electrónico: eiderreina23@gmail.com

Municipio / Distrito: Villavicencio

Zona: Urbana X Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Meta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Centro Medico Vivo - Odontosanitas Vivo	10302-9593
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de identificación: NIT TI CE CC PA CD | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante y pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- [X] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 01 02 2021

43. EPS anterior: Sanitas | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad — CN RC TI CC PA CE CD SC — TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

Observaciones: TC 03 TA 02
Fecha Inicio: 01-02-2021
Fecha Terminacion: 12-12-2021

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sandra Mora
Asesora Comercial
CC 40 189 893
Cel 311 553 89 91

Sello de Radicación | Sticker procesamiento

Escaneado con CamScanner

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Eider Reina Espinosa, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el numero de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros: contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube, acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública, consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com**. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: 

Nombre: Eider Reina Espinosa

Identificación: 86049190

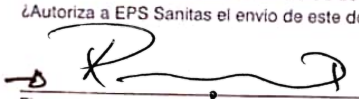
Fecha: 17-02-2021

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Eider Reina Espinosa

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	NO



Firma del Afiliado
Documento de Identidad CC 86049190

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien se identifica con la cédula _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos: _____
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14625643819

(415)7707212489984(8020) 000001462564381 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 4 9 1 9 0	6	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 22	

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 13	86049190	1994/06/30

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Meta 50	Villavicencio 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REINA	ESPINOSA	EIDER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Meta 50	Villavicencio 001

41. Dirección principal: CL 45 N 45 45 BRR SANTA JOSEFA

42. Correo electrónico: eiderreina23@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3212526337	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8542	2015/03/02	8543	2015/02/02		4215	0

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 - 06 - 18

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

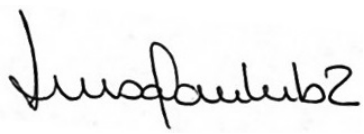
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor EIDER REINA ESPINOSA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 86.049.190, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 12/12/2021 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): 202101012427312.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS NATURAL CORP

Carrera 40 N 32-38 Barrio Barzal
(8) 6625425 ext 110

02270021

Paciente:	EIDER REINA ESPINOSA	**Solicitud:**	02270021
Identificación:	86049190	**Edad/Sexo:**	43 / M
Médico:	NO APLICA	**Fecha Recepción:**	2020-02-27 09:11:57
Convenio:	PARTICULARES	**Fecha Impresión:**	2020-02-27 10:59:26.

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa	**89.8**	mg/dl	Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Colesterol Total	**224.7**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Triglicéridos	**162.3**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**44.9**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 > 60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 < 45 mg/dl
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**147.3**	mg/dl	

WILLIAM ALEXIS RUEDAS

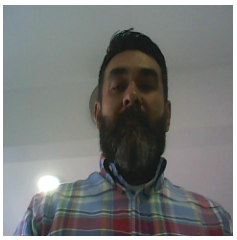
1090394893

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS Natural Corp SALUD OCUPACIONAL - MEDICINA LABORAL	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO ANEXO CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL Fecha de impresión: 27/02/2020 10.22 AM	Código:	FO-11-PR-01-GIS
		Versión:	03
		Fecha:	25/11/2019
		Página:	1 de 1

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

FECHA DE EXAMEN: 2020-02-27



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**CARGO**	INSTRUCTOR EMPRENDIMIENTO
CONTRATISTA	PARTICULAR FACT 5498		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	EIDER								
APELLIDOS	REINA ESPINOSA								
IDENTIFICACION	CC	86049190	**TELEFONOS**	3212526337	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	

1. EXAMENES REALIZADOS

✓ Examen Audiometria	✓ EXAMEN DE OPTOMETRIA
✓ Examen Medico Ocupacional	✓ LABORATORIO: GLUCOSA
✓ LABORATORIO: PERFIL LIPIDICO	✓ VALORACION PSICOTECNICA

2. CONCEPTO DE APTITUD

✓ Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo	

3. RESTRICCIONES Y OBSERVACIONES

RESTRICCIONES

OBSERVACIONES

USO DE CORRECCION VISUAL

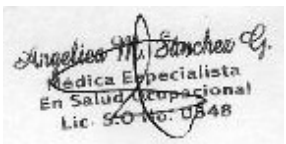
4. IDONEIDAD

✓ idoneo para trabajo en alturas: NO APLICA	✓ idoneo para trabajo en espacio confinados: NO APLICA
✓ idoneo para conduccion vehicular: NO APLICA	✓ idoneo para manipulacion alimentos: NO APLICA
✓ idoneo para manipulacion cargas:SI	

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES		
✓ Higiene postural:	✓ Induccion al cargo:	✓ Utilizacion EPP:

SEGUN IMC		
✓ Ejercicio regular:	✓ habitos de vida saludables:	✓ Bajar de Peso:



ANGELICA MARIA SANCHEZ GUTIERREZ
RM 548
Firma y sello del Médico Evaluador

EIDER REINA ESPINOSA
C.C 86049190
Firma del trabajador Evaluado



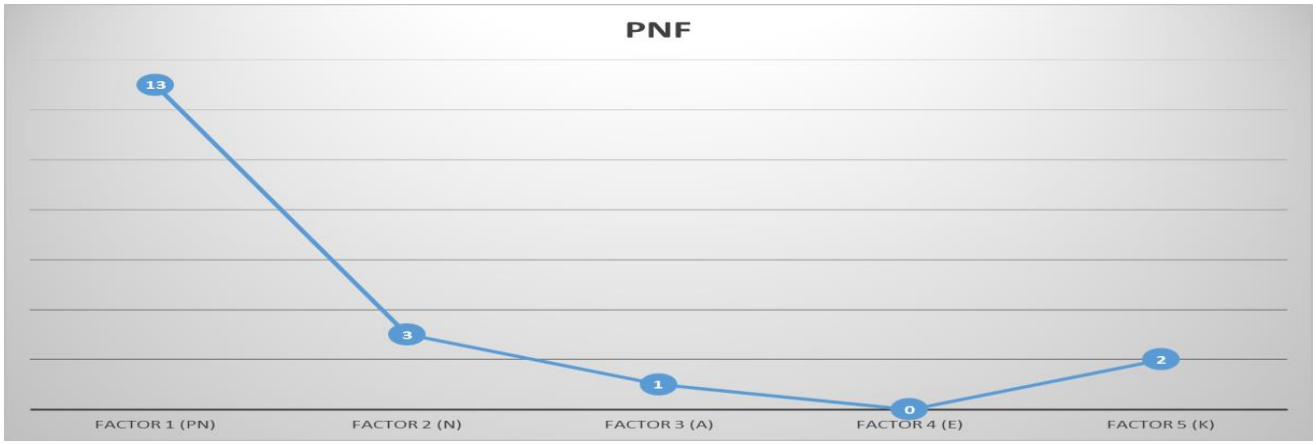
INFORME DE INTERPRETACION Psicología **PRUEBA PSICONEUROVEGETATIVA PNF**

Nombre	**EIDER REINA ESPINOSA**					
Cedula	**86049190**	**Edad**	**44 Años**			
Empresa	**PARTICUALR**	**Nivel Educativo**	**Profesional**			
Cargo	**INSTRUCTOR**	**Sexo**	**M**	**X**	**F**	

INFORME DE INTERPRETACIÓN PNF

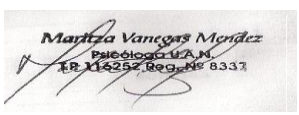
DISCRETO	D	Normal
MODERADO	M	Con síntomas
SEVERO	S	Muy sospechoso

FACTOR	RESULTADO	INTERPRETACIÓN			FACTORES EVALUADOS
		D	M	S	
PN	13	X			Inestabilidad psico-neurovegetativa
N	3	X			Síntomas neurológicos
A	1	X			Astenia
E	0	X			Irritabilidad
K	2			X	Concentración y memoria



IDONEO: Dados los resultados arrojados en la PNF el trabajador presenta factores normales neurovegetativos a su edad mental y tiempo de labores para realizar el Cargo de Instructor.

FIRMA:



Ma. MARITZA VANEGAS MENDEZ
PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
T.P.No.116252
Reg.No.8337

Certificado Bancario

Viernes, 22 de Enero de 2021

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EIDER REINA ESPINOSA identificado(a) con CC 86049190, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84181018916	2017/08/18	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

.FORMATO

ACTA DE INICIO

CONTRATO N°	CO1.PCCNTR.2198795
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicio
OBJETO:	Contratar los servicios personales para impartir Formación Profesional Integral en los cursos de formación complementaria para el programa de atención a población vulnerable, de acuerdo con su perfil y programación establecida por el Centro de Industria y Servicios del Meta para la vigencia 2021.(EMPRENDIMIENTO).
VALOR:	Treinta y Siete Millones Seis Mil Novecientos Treinta y Cuatro pesos M/cte ($37.006.934)
CONTRATISTA:	EIDER REINA ESPINOSA
C.C	86049190
REPRESENTANTE LEGAL:	BERTHA LUCIA RAMÍREZ PARRA
SUPERVISOR DESIGNADO:	JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO
PLAZO:	Diez(10) meses y doce (12 días sin exceder al 31 de diciembre de 2021
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Villavicencio Meta

En la ciudad de Villavicencio, Meta. A los un (1) días del mes de febrero de 2021, entre los suscritos BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA (ordenador(a) del gasto), identificado(a) con documento de identificación No. 51826024 de Bogota, en calidad de Subdirectora del Centro de Industria y Servicio del Meta, por el SENA, y por la otra parte, EIDER REINA ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 86049190 de Villavicencio-Meta, hemos convenido suscribir la presente acta de inicio del contrato arriba registrado, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal: 10921 (01/02/2021)

Fecha de aprobación de las garantías: 01/02/2021

Fecha de inicio: 01/02/2021

Fecha de terminacion : 12 /12/2021

BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
Subdirectora del Centro de Industria y Servicio del Meta,

EIDER REINA ESPINOSA
Contratista

JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO
Supervisor de Contratos Programas Especiales

Proyectado por Luz Esther Velasquez Rodriguez
Apoyo a Supervision de contratos Prograas Escepciales

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027142 74

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027142741

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
01/02/2021 10:21a.m.

RECIBIMOS DE: Eider Reina — CC. 86.049.190

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027142741

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-46-101047392-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0002714274

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/1/2021 10:24:21AM

172.16.10.23