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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
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	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**35587-769807**
No. de documento	**8544**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO	**C.C.**	65.777.668	**IP/Nº de contacto**	3212765208
Correo electrónico contratista:	dpaola.zapatab@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		6851278271	
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:	2217433/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**4721**	
Valor Total del Contrato	$ 37.901.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.901.400	**1**	**Del**	**04/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.111.260		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140		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	**$ 3.790.140**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.195**		**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	----------	**NO APLICA**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 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	$ 379.014	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 744.732	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.195,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
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	32.438,00	0,966%
-	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	**$ 3.757.702,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades de Desarrollo Curricular
Asistencia Capacitación Protocolo de Bioseguridad
Apoyo a la 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.

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO identificado(a) con cedula ciudadania 65.777.668, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15164429

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZAPATA BARRERO DIANA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **65.777.668** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2010 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021012211561

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14706985074

(415)7707212489984(8020) 000001470698507 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 5 7 7 7 6 6 8	0	Impuestos de Bogotá	3 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	65777668	1 9 9 6 0 3 2 6

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAPATA	BARRERO	DIANA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal
CL 17 16 68 BRR PRADOS DEL RIO AP 21

42. Correo electrónico dpzaba776@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 8 5 0 2 5 8	3 2 1 2 7 6 5 2 0 8

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 5 1	2 0 0 9 0 8 0 3	8 5 2 3	2 0 0 9 0 8 0 3				4 1 2 3	

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 2021 - 01 - 25 / 10 : 59: 53

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 ZAPATA BARRERO DIANA PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-01-2021 11:01:59AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



TARGETED ACTION SAS
NIT: 900409631-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 65777668-56029

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25/01/2021 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO	**Identificación:**	65777668
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3212765208
Fecha Nacimiento:	7/12/1977	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CL 17 16 68 CONJ. EL RINCON C 21	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO,
OPTOMETRIA	APTO PARA LABORES CON RECOMENDACION DE USO DE CORRECION OPTICA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a TARGETED ACTION SAS - ACCIONAR SALUD IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a TARGETED ACTION SAS - ACCIONAR SALUD IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'

Ilse Barbosa

Diana Zapata

ILSE BARBOSA PRIETO

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO 65777668

Firma y cédula del Paciente

51581435

Médico Especialista en Salud Laboral

EXAMEN OPTOMETRIA

Accionar Salud IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 25/01/2021 CHIA
Paciente: DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO
Género FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 7/12/1977
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CL 17 16 68 CONJ. EL RINCON C 21
Empresa PARTICULAR -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 65777668
Teléfono **Móvil:** 3212765208
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACION

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares:
Antecedentes Personales:
Sintomatología : OCUPACIONALES
Cirugía ocular : N
Usa Corrección N **¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Lensometría	**Izquierdo :**		**Derecho :**	**ADD :**

Examen Externo: SANO

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: SANO

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: APTO PARA LABORES CON RECOMENDACION DE USO DE CORRECION OPTICA

Diagnóstico: PRESBICIA

Concepto: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:
ADD :
Distancia Pupilar :
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N Remitido: -

Dra. Monica Cuervo Santana
C.C. 52978497
CTNPO 3138
Optometra FUAA

MONICA VIVIANA CUERVO SANTANA -
Profesional

Diana Zapata

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO 65777668
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EXAMEN AUDIOMETRIA

Accionar Salud IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	25/01/2021 CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO	**Identificación:**	65777668
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3212765208
Fecha Nacimiento:	7/12/1977	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CL 17 16 68 CONJ. EL RINCON C 21	**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION
Empresa	PARTICULAR -		

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	EXPOSICIÓN A RUIDO	PROTECCIÓN AUDITIVA	TIEMPO
SENA	INSTRUCTORA	NO REFIERE	NO	10 AÑOS

HISTORICO ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	FECHA	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	25/01/2021	SI
13. OTROS	25/01/2021	RINITIS

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	S	SI
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	N	
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	N	
13. OTROS	S	RINITIS

ANTECEDENTES EXTRALABORALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	N	
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	N	
6. TEJO	N	
7. OTROS.	N	

EVALUACIÓN

EQUIPOS QUE MANEJA No Aplica
MATERIAS PRIMAS E INSUMOS No Aplica
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL No Aplica
REPOSO AUDITIVO: S **FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: -**
OTOSCOPIA OI: NORMAL
OTOSCOPIA OD: NORMAL

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

EXAMEN OPTOMETRIA

Accionar Salud IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 25/01/2021 CHIA
Paciente: DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO
Género FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 7/12/1977
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CL 17 16 68 CONJ. EL RINCON C 21
Empresa PARTICULAR -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 65777668
Teléfono **Móvil:** 3212765208
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACION

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares:
Antecedentes Personales:
Sintomatología :
Cirugía ocular : N OCUPACIONALES
Usa Corrección N
¿Gafas? : N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Lensometría	**Izquierdo :**		**Derecho :**	**ADD :**

Examen Externo: SANO

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: SANO

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: PRESBICIA-H524
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: APTO PARA LABORES CON RECOMENDACION DE USO DE CORRECION OPTICA

Diagnóstico: PRESBICIA

Concepto: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:
ADD :
Distancia Pupilar :
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N Remitido: -

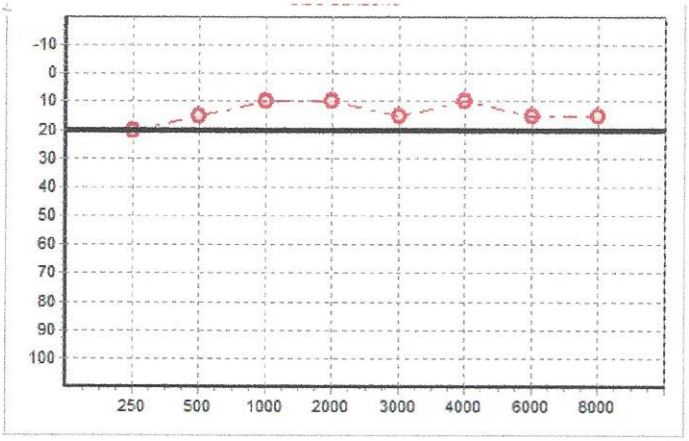
Dra. Monica Cuervo Santana
C.C. 52978497
CTNPO 3138
Optometra FUAA

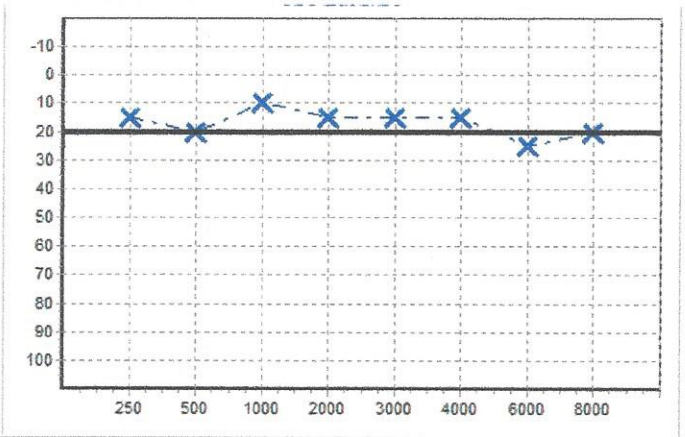
Diana Zapata

MONICA VIVIANA CUERVO SANTANA -
Profesional

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO 65777668
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE





CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL
PTA OIDO DERECHO 12.50 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 15.00 - Audición Normal

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO,

CONCEPTO Normal

AUDICION NORMAL BILATERAL

GATISST: OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL

EQUIPO Y FECHA CALIBRACIÓN:

ZENEIDA AMIRA GARZON BAUTISTA 0701150

Profesional

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO 65777668

Firma y cédula del Paciente

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SAN ROQUE

No INGRESO: 4512938 | **No ORDEN: 2021012606011**

Paciente: DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO | **Historia: 65777668**

Edad: 43 Años | Género: Femenino | Teléfono: 0-0

Medico: RUIZ . SILVIO JESUS

Fecha Hora Ingreso: 2021-01-26 08:43 | Fecha de impresion: 2021-01-27 15:37

Servicio: CONSULTA EXTERNA | Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
BIOQUIMICA		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
Resultado:	**95.9 mg/dl**	70.0 - 100.0
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA		
COLESTEROL TOTAL		
Resultado:	**186.1 mg/dl**	100.0 - 200.0 Sin riesgo: Menor de 200.0 mg/dl Riesgo moderado: 200.0 -239.0 mg/dl Riesgo alto: Mayor de 240 mg/dl
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		
Resultado:	**45.0 mg/dl**	Sin riesgo: Mayor de 65 mg/dl. Riesgo moderado: 45 - 65 mg/dl. Alto Riesgo: Menor de 45 mg/dl
Intervalo Biológico de Referencia según consenso ATPIII.		
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
TRIGLICERIDOS		
Resultado:	**185.0 mg/dl**	4.0 - 200.0
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
Resultado:	**0.92 mg/dl**	0.51 - 0.95
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		

Profesional Responsable: CRISTIAN CAMILO CASTRO SANTISTEBAN. Tp: 1022398961

ENDOCRINOLOGIA		
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		
Resultado:	**0.833 uUI/ml**	0.270 - 4.200
Técnica ultrasensible: Interprete el resultado con lectura de tres (3) decimales después del punto.		
METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA		

Profesional Responsable: DIANA ISABEL HIDALGO BELTRAN. Tp: 52979445

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SAN ROQUE

Examen			Intervalo Biológico de Referencia
	HEMATOLOGIA		
HEMOGRAMA III			
RECUENTO DE LEUCOCITOS	**3.45 x10^3/uL**	*	5.00 - 10.00
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
NEUTROFILOS %	**57.30 %**		42.50 - 73.20
LINFOCITOS %	**28.70 %**		18.20 - 47.40
MONOCITOS %	**6.70 %**		4.30 - 11.00
EOSINOFILOS %	**6.70 %**	*	0.01 - 3.00
BASOFILOS %	**0.30 %**		0.01 - 0.70
NEUTROFILOS Abs	**1.98 x10^3/uL**	*	2.00 - 7.15
LINFOCITOS Abs	**0.99 x10^3/uL**	*	1.50 - 4.00
MONOCITOS Abs	**0.23 x10^3/uL**		0.03 - 0.71
EOSINOFILOS Abs	**0.23 x10^3/uL**		0.03 - 0.27
BASOFILOS Abs	**0.01 x10^3/uL**		0.01 - 0.05
RECUENTO DE ERITROCITOS	**4.29 x10^6/uL**		4.20 - 5.40
HEMATOCRITO	**35.8 %**	*	38.0 - 48.0
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
HEMOGLOBINA	**11.30 g/dl**	*	12.00 - 16.00
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MCV	**83.4 fl**	*	86.0 - 96.0
MCH	**26.3 pg**		25.0 - 31.0
MCHC	**31.6 g/dl**	*	32.0 - 38.0
RDW	**14.60 %**		11.00 - 15.00
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	**224 x10^3/uL**		150 - 450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
MPV	**12.0 fl**		6.4 - 13.0
METODO: LASER SEMICONDUCTOR			
RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL	**-**		

Profesional Responsable: ANGELA PATRICIA GUZMAN MORENO. Tp: 46374186

ZAPATA BARRERO DIANA PAOLA Orden: 2021012606011

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65777668 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 DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65777668 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 -

Certificado Bancario

Viernes, 22 de Enero de 2021

Señor
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO identificado(a) con CC 65777668, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06851278271	2009/07/06	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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos
Bancolombia

POSITIVA

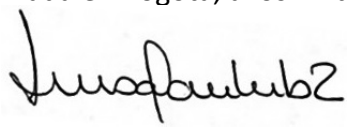
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO, con Cédula Ciudadanía No. 65777668 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con contrato registrado con fecha desde 19/02/2020 y fecha hasta 20/09/2020, el estado actual del contrato es FINALIZADO.

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): 202101011306123.

Dada en Bogotá, a los 22 días del mes de enero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Bogotá, febrero 28 de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49'849.000)
e. Por el año gravable 2019, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más de veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá, a los 28 días del mes de febrero de 2021.



FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO

C.C. No. 65.777.668 DE IBAGUE

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 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:

T.I.	**1072709932**	**MANUELA SOFIA OSPINA ZAPATA**	**HIJO**

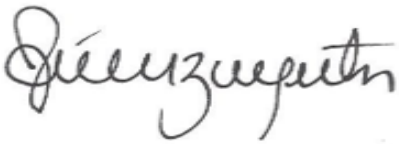
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Diana Paola Zapata Barrero

C.C. 65.777.668

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-46-101029700	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
04	02	2021	04	02	2021	00:00	31	03	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ZAPATA BARRERO DIANA PAOLA			Identificación:	65777668
Dirección:	CALLE 17 16 68 CASA 21	Ciudad:	CHIA - CUNDINAMARCA	Teléfono:	3212765208

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 57 NO. 8 - 69	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5461500

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:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1374163 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS AREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRONICA, BIOMEDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMATICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA -

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/02/2021	31/03/2022	$ 3,790,140.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,790,140.00	04/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CREA FUTURO LTDA	174320	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - Teléfono: 6108441 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA