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 CÓRDOBA
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CO
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	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**68334-354104**
No. de documento	**20206**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ	**C.C.**	1.121.042.725	**IP/Nº de contacto**	000
Correo electrónico contratista:	tlmanjarres@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		367247137	
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:	2256041/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**27621**	
Valor Total del Contrato	$ 40.918.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.918.500	**1**	**Del**	**16/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 1.948.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.970.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO EVALUADORES DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CORDOBA EN EL AREA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.948.500	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.948.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.267.125**	**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	----------	**7779653081**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 422.375	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.267.125,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.689.500,00	
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	3.379,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.945.121,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Inducción
reunion Líder del proceso
Revisión de documentación
Revisión de documentos de procesos ECCL
Legalización de documentos

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.

TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ
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,

JAVIER EMIRO RAMOS BELLO
PROFESIONAL G02

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

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1121042725
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 50 10 - 56	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7779653081**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		884034486

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 22.200
SUBTOTAL:			1	**$ 22.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 281.200**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14562504319

(415)7707212489984(8020) 000001456250431 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 0 4 2 7 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 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	1 1 2 1 0 4 2 7 2 5	2 0 0 9 1 0 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Distracción 0 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANJARRES	MARTINEZ	TINA	LUZ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Pueblo Nuevo 5 7 0

41. Dirección principal
CL 15 CR 6 A 81 BRR EL CEMENTERIO

42. Correo electrónico tinaluzmm@hotmail.com

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

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
7 1 1 0	2 0 1 4 0 7 0 7	4 2 9 0	2 0 1 6 0 1 2 7		4 2 1 0	4 2 2 0	3 1 1 2	

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 2019 - 05 - 31

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14562504319

(415)7707212489984(8020) **000001456250431 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 1 0 4 2 7 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Montería	1 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 6 0 1 2 7	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 1 2 7	
77. No. Matrícula mercantil	1 4 5 1 6 0	
78. Departamento	2 3	
79. Ciudad/Municipio	2 2	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

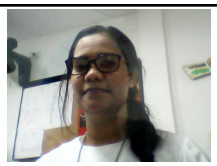
Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ
Identificación: CC 1121042725
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1991-08-10 Edad: 28 A
Dirección EL CEMENTERIO CALLE 15 CRA 6A - 81
Teléfono: 3003213718
Empresa: SENA
Empresa en misión: SENA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.75 Peso (kg): 74.0 IMC: 24.16 Grupo Sanguineo: B +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00148537 Fecha apertura: 20200624 09:15:40
Fecha cierre: 20200624 14:06:21
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: SUPERVISOR (A)

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

HEPATITIS B ANTICUERPOS AL ANTIGENO DE SUPERFICIE,HEMOGRAMA TIPO I,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PERFIL LIPIDICO,OPTOMETRIA GENERAL

RECOMENDACIONES LABORALES

Control medico anual.
Inducción.

MANEJO POR EPS

Control cada 6 meses por optometria.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de intensidad moderada diarios .
Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control cada seis meses.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observación

Examen medico ocupacional con enfasis musculo-esqueletico
Examen medico ocupacional con enfasis psicometrico
Examen medico ocupacional con enfasis cardiovascular
Examen medico ocupacional con enfasis dermatológico

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO PEÑA DIMARE
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1121042725

La IPS PEÑA ASESORES SALUD OCUPACIONAL SAS, cumple con los protocolos de bioseguridad, ajustándose a la resolución 666 de 2020 para la atención de nuestros usuarios. Las cuales consisten en el uso obligatorio de tapabocas para todos los asistentes a la IPS, aplicar la encuesta epidemiológica de covid-19, desinfección de calzado, toma de temperatura, lavado de mano y pulso (oxímetro) de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

AUDIOMETRIA

Tipo Evaluación realizada:	Examen medico ocupacional de Ingreso	**Fecha de evaluación:**	20200624 09:15:40
Lugar de realización:	Monteria-Cordoba	**Orden servicio No.:**	00148537
Nombre de la Empresa:	SENA		

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos: TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ
No. Identificación: CC 1121042725
Genero (sexo): F **Edad:** 28 A **Teléfono:** 3003213718
Profesión: INGENIERO CIVIL

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso: 24/06/20 12:00 AM **Jornada de trabajo:** Diurna **Tipo jornada:** **Horas laboradas:** 8
Antiguedad en la empresa (meses): **Antiguedad en el cargo (meses):**
Area empresa: Sin información **Sección:** Sin información
Cargo u Oficio: SUPERVISOR (A)

PRUEBA AUDIOMETRIA

Otoscopia	**Normalidad**	**Hallazgo**
Oido derecho	Normal	
Oido izquierdo	Normal	

Vía aérea	**Derecho (dB)**	**Izquierdo (dB)**
500	20	20
1000	20	20
2000	15	15
3000	20	20
4000	20	20
6000	15	15
8000	20	20

PTA - Grado / Significado			**ELI - Grado / Significado**			**SAL - Grado / Significado**		
O.D.	18.75	Normal	**O.D.**	C	Normal	**O.D.**	B	Audición Normal
O.I.	18.75	Normal	**O.I.**	C	Normal	**O.I.**	B	Audición Normal

RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA VIA AEREA

Resultado según GATISO: AUDICION NORMAL BILATERAL
Recomendación: Control anual.

Observación:

Cindy Bracamonte D
FONOAUDIOLOGA
R.M. 09-01506
C.C.No. 1069473131

Firma
Nombre: CINDY MARCELA BRACAMONTE DURANGO
Registro No.: 09-01506 Especialidad: Fonoaudiologa

Firma paciente
TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2021-02-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ		
Identificación	CC	**Nro**	1121042725
Fecha de Nacimiento	1991-08-10	**Edad**	29
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR/MEDELLIN
Fecha toma	2021-02-12 09:00:00	**Sede**	CENDIATRA MEDELLIN
Direccion	Carrera 80 No. 44 B - 91 Barrio La America Tel.: (+4) 4121145 - 4167011 - 4167026		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	87	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	4.662	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.0	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	42.0	%	36.0-52.0%
VCM	-	fl	76-96fl
HCM	-	pg	27.0-32.0pg
CHCM	-	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	-	%	<15.0%
LEUCOCITOS	8000	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	54	%	50-70%
LINFOCITOS	43	%	25-40%
MIXTAS	3	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	-	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	-	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	-	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	284.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	183	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	75	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	40.9	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	127.1	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2021-02-12

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

			óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



LINA MARIA HERNANDEZ RIVERA
1017208850
Firma y sello del médico evaluador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA MEDELLIN	**DIRECCIÓN**	Carrera 80 No. 44 B - 91 Barrio La America Tel.: (+4) 4121145 - 4167011 - 4167026
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.medellin@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-02-11	**TIPO DE EXAMEN**	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ		Identificación CC	Nro 1121042725	
Fecha de Nacimiento	1991-08-10	**Edad**	29	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/MEDELLIN				
Cargo	INDEPENDIENTE				
Fecha Ingreso	2021-02-11 11:58:19	**Fecha Salida**	2021-02-11 12:00:02		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA — SI

Observaciones:
uso de Rx óptica control anual

OTRAS: — NO PRESENTA

CONTROLES

titulo

OTROS — NO PRESENTA

Dr. Juan E. Bonyuet V.
C.E. 538108
Médico CMC 2016-11358
Lic. SO S2018060400461

JUAN ENRIQUE BONYUET
RM: 538108
Firma y sello del médico

TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ
CC 1121042725
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Hace constar:

Que el Sr(a) TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1121042725 realizó el día 22/02/2021 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 TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1121042725 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 -

POSITIVA

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

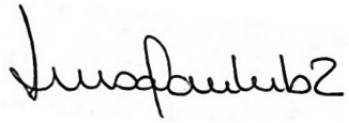
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1121042725 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 15/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 15/02/2021 y fecha hasta 30/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

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): 202101012464401.

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



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

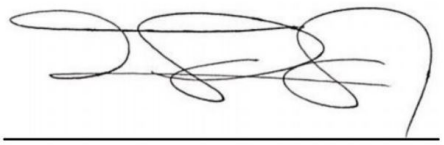
Que nuestro(a) cliente **TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía nÃºmero 1.121.042.725** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a travÃ©s de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 367247137** aperturada el **16 de julio del 2014,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificaciÃ□n se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **29** dÃ-as del mes de **enero** del aÃ±o **2021**.

Para trÃimites de nÃ□mina, legales, internacionales y otros, tambiÃ©n puedes usar las siguientes opciones de nÃºmero de cuenta:

Cuenta de 10 dÃ-gitos: **0367247137**
Cuenta de 16 dÃ-gitos: **0367000200247137**
Cuenta de 20 dÃ-gitos: **00130367000200247137**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2020 — Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019 — Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401248587

PÓLIZA No: 540 - 47 - 994000014361 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	15	02	2021
FECHA DE IMPRESIÓN	15	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **TINA LUZ MANJARRES MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1121.042.725**

DIRECCIÓN: CL 15 6 A 81 BR CEMENTERIO CIUDAD: PUEBLO NUEVO, CORDOBA TELÉFONO: 7823245

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	15/02/2021	30/04/2022	4,091,850.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:
|
OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO.CO1.PCCNTR.2256041, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO EVALUADORES DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CORDOBA EN EL AREA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,091,850.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS TE ASEGURAMOS BIE	9040	100.00			

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

(415)7701861000019(8020)000000000007000540124858

FIRMA ASEGURADOR **FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE

CBDC20790D0BF47B57

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

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