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 MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FOR
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	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**58807-762929**
No. de documento	**19752**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NADIA REYES POLO	**C.C.**	39.046.850	**IP/Nº de contacto**	4212064
Correo electrónico contratista:	nadyar515@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		51752115447	
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:	2243038/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**7621**	
Valor Total del Contrato	$ 31.200.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.200.000	**1**	**Del**	**10/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.470.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.730.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROF INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DEL CAAG EN LA ESP DE BILINGUISMO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.470.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.470.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.641.300**	**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	----------	**.7777735917**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 988.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 123.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 158.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.200	$ 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	$ 547.100	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.641.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.188.400,00	
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	15.319,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	49.400,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.405.281,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHAS: 1963362-2024791-2144975
PROGRAMAS1963362 -CONTROL Y CALIDAD DE ALIMENTOS2024791 -CONSTRUCCIÓN EDIFICACIONES.2144975-CONSTRUCCIÓN VIAS
. 1- COMPRENDER INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y AUDITIVA
-RELIZAR INTERCAMBIOS SOCIALES Y PRACTICOS MUY BREVES, CON UN VOCABULARIO SUFICIENTEPARA HACER
UNA EXPOSICIÓN O MANTENER Una CONVERSACIÓN SENCILLA SOBRE TEMAS TECNICOS.
-COMPRENDER FRASES Y VOCABULARIO HABITUAL SOBRE TEMAS DE INT
2- PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL
-COMPRENDER UNA AMPLIA VARIEDAD DE FRASES Y VOCABULARIO EN INGLÉS SOBRE TEMAS DE INTERÉS PERSONAL Y TEMAS TÉCNCOS.
-ENCONTRAR Y UTILIZAR SIN ESFUERZO VOCABULARIO Y EXPRESIONES DE INGLÉS TECNICO EN ARTICULOS DE REVISTAS, LIBROS ESPECIALIZADOS, PAGIN

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.

NADIA REYES POLO
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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39046850
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NADIA REYES POLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 13 #3-80 RODADERO	TELÉFONO:	4229191
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7777735917**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/01/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		874131154

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.800	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES:									**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 39046850	REYES POLO NADIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	39046850	$ 4.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 263.800**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14738766719

(415)7707212489984(8020) 000001473876671 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 0 4 6 8 5 0	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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	39046850	1 9 9 7 0 7 2 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	POLO	NADIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 13 2 80 CA 9 CON CABAÑA VILLA TAYRONA

42. Correo electrónico nadyar515@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 4 3 6 7 0 5 3	3 1 5 4 1 1 0 0 6 6

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

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 - 02 - 02 / 21 : 34: 09

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 REYES POLO NADIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-02-2021 09:36:06PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, Enero 27 de 2021

Señora:
REYES POLO NADIA
CC. 39046850
CL 13 2 80 CA 9 VILLAS TAIRONA B - 4229191
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 25 de 2015. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
REYES POLO NADIA	39046850	C	Nov-25-2015	153	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
C L S S A	39046850	Dependiente	CERRADO
NADIA REYES POLO	39046850	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NADIA REYES POLO	39046850	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
NADIA REYES POLO	39046850	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Certificado Bancario

Miércoles, 27 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NADIA REYES POLO identificado(a) con CC 39046850, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	51752115447	2015/12/09	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

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

Es el momento de todos Bancolombia

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: NADIA REYES POLO	**IDENTIFICACION:** CC 39046850		**HC:** 39046850 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 15/5/1979	**EDAD:** 41 Años	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Beneficiario
RESIDENCIA: CL 13 2 80 CASA 9 RODADERO	MAGDALENA-SANTA MARTA		**TELEFONO:** 3154110066
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 18/12/2020 - 08:19:16	**FECHA EGRESO:** 18/12/2020 - 09:16:47		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	**PLAN:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA		

TIPO DE ATENCION: SALUD OCUPACIONAL

FRECUENCIA	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OIDO DERECHO	25	25	25	25	25	25	25
OIDO IZQUIERDO	25	25	25	25	30	30	30

CUADRO CLASIFICACION

	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz	25	25
UMBRAL: 4000Hz	25	30
ELI	Normal	Normal
SAL	Normal	
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	25% Alterado	

NIOSH-1998

NORMAL	X	
HIPOACUSIA LEVE		X
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		

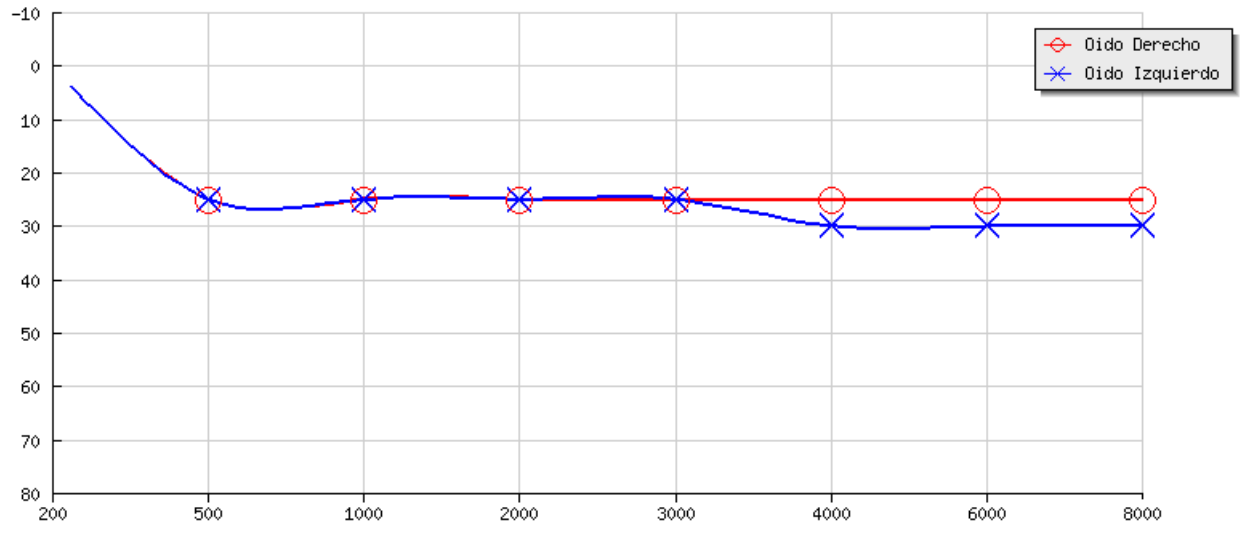
ANSI-96(PTA)

NORMAL		
HIPOACUSIA MINIMA		
HIPOACUSIA LEVE	X	X
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		

OBSERVACIONES

AUDICION NORMAL BILATERAL

AUDIOGRAMA



EVALUACION OTOSCOPIA

EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	OIDO DERECHO:	OIDO IZQUIERDO:
499941	18/12/2020	YRAMOS	CAE Y MT : NORMALES	CE Y MT : NORMALES

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	ANTECEDENTE:
499941	18/12/2020	YRAMOS	NO REFIERE

INFORMACION GENERAL - SALUD OCUPACIONAL

DATOS EMPRESA

Nombre de la empresa:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA	Sede :		Actividad :	

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

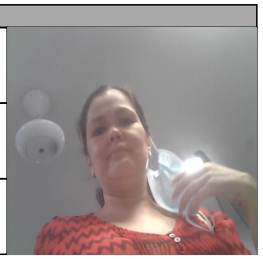
CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:373453

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO [ ]	2. PERIODICO [X]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 18/12/2020	EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA	
NOMBRE: NADIA REYES POLO	DOC. IDENTIDAD: CC 39046850	
CARGO: INSTRUCTORA BILINGUISMO	EDAD: 41 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) LIPEMIA 2) EXAMEN MEDICO OCUPCIONAL PERIODICO 3) VISIOMETRIA 4) AUDIOMETRIA 5) CONSULTA ESPECIALIZADA POR FONOAUDOLOGIA CON APLICACION DEL PERFIL VOCAL 6) CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 7) GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA 8) HEMOGRAMA IV

EXAMEN PERIODICO

CONCEPTO	SI	NO
1. APTO PARA CONTINUAR DESEMPEñANDO EL CARGO SIN LIMITACIONES	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA Y USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION A TRAVES DE SU EPS

ALIMENTACION BALANCEDA RICA EN HIERRO, BAJA EN HARINAS AZUCARES,EJERCICIO DIARIO,HIDRATACION FRECUENTE,PAUSAS ATIVAS.

USO ADECUADO DE ELEMENTOS PERSONAL ACORDE AL RIESGO,SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO,EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL SARS-COV-2 Y SU ENTIDAD COVID-19.



BIVIANA DE LA CRUZ BARROS
CC 1047381675
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4711009
RS. TP: 0729

NADIA REYES POLO
CC 39046850
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono:365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuariokps.sol@olimpuslab.com

Nombre	**REYES POLO NADIA**		Fecha de recepcion:	18-dic.-2020 8:20 am	**12183620**
Identificacion	CC 39046850	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	41 Años 7 Meses 3 Dias	Tel. 3154110066	Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA.	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO**	98	mg/dL	74 a 106
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	0.57		0.60 a 1.10
LIPEMIA			
COLESTEROL TOTAL **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO**	157	mg/dL	
ACEPTABLE: HASTA 200 mg/dL, MODERADO : 200 – 239 mg/dL, ELEVADO. MAYOR O IGUAL A 240mg/dL			
TRIGLICERIDOS **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO**	110	mg/dL	
VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO**	37.00	mg/dL	
HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 55mg/dL RIESGO MODERADO: 35 – 55 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 35 mg/dL MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65mg/dL RIESGO MODERADO: 45 – 65 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 45 mg/dL			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD **SEMIAUTOMATIZADO**	98.00	mg/dL	0 a 130
VLDL COLESTEROL	22.00	mg/dL	0 a 30

DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono:365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips sol@olimpuslab.com
atencionalusuariokps.sol@olimpuslab.com

Nombre	**REYES POLO NADIA**		Fecha de recepcion:	18-dic.-2020 8:20 am	**12183620**
Identificacion	CC 39046850	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	41 Años 7 Meses 3 Dias	Tel. 3154110066	Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA.	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFO			
LEUCOCITOS (WBC)	8.95	x 10^3/uL	5 a 10
% LINFOCITOS	30.00	%	17 a 45
% NEUTROFILOS	59.57	%	55 a 70
% MONOCITOS	7.86	%	3 a 14
% EOSINOFILOS	0.99	%	1 a 5
% BASOFILOS	1.58	%	0 a 2
LINFOCITOS # ABS	2.68	x10^3/uL	
NEUTROFILOS #ABS	5.33	x 10^3/uL	
EOSINOFILOS # ABS	0.09	x 10^3/uL	
BASOFILOS # ABS	0.14	x 10^3/uL	
MONOCITOS # ABS	0.70	x 10^3/uL	
GLOBULOS ROJOS	4.28	x10^6/uL	4.2 a 6.2
HEMOGLOBINA	10.92	g/dL	12.5 a 18
HEMATOCRITO	33.02	%	36 a 54
VOLCORPMEDIO(MCV)	77.15	fL	80 a 96
HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)	25.52	pg	27 a 33
CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)	33.07	g/dL	32 a 36
ANCHO DISTRIB ERITROCITARIA-SD	13.49	fL	
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	541.6	x10^3/uL	140 a 440
VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)	5.1	fL	
ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	0.3	%	
ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)	17.3	GSD	

DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 56
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono:365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuariokps.sol@olimpuslab.com

Nombre	**REYES POLO NADIA**		Fecha de recepcion:	18-dic.-2020 8:20 am	**12183620**
Identificacion	CC 39046850	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	41 Años 7 Meses 3 Dias	Tel. 3154110066	Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA.	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA			
ASPECTO	LIG. TURBIO		
DENSIDAD	1025		
COLOR	AMARILLO		
pH	6.0		
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	
CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl	
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	NEGATIVO		
HEMATIES	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
ESTERASA LEUCOCITARIA	NEGATIVO		
SEDIMENTO MICROSCOPICO			
CEL. EPITELIALES: +			
BACTERIAS: +			
LEUCOCITOS: 0-2 X CAMPO			
HEMATIES: 0-2 X CAMPO			

Karen Cantillo
DRA. KAREN CANTILLO.

EVALUACION FONIATRICA (PERFIL VOCAL)	PENDIENTE		
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	PENDIENTE		
VISIOMETRIA	PENDIENTE		
AUDIOMETRIA	PENDIENTE		

Ex:

18/12/2020

Test Results

www.keystoneview.com
(775)324-2799

Test Index: 6205
Fecha del Examen: 18/12/2020
Administró por: Admin

Nombre: REYES, NADIA
ID: 39046850

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinía por: None
Anteojos/Lentes de Contacto: Astigmatismo
Problemas con Los Ojos: None

Nombre de Prueba	Lente	Día/Noche	Pasa/Falta	Resultado
Estereopsis	Lejana	Día	Normal	8 - Círculo
Visión de Color (Rojo/Verde)	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Vision de Colores Azul/Violeta	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Agudeza del Ojo Izquierdo	Lejana	Día	Anormal	20/70
Agudeza del Ojo Derecho	Lejana	Día	Anormal	20/40
Agudeza Binocular	Lejana	Día	Anormal	20/40
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Lejana	Día	Normal	Lateral:4, Vertical:5
Visión Periférica (Campo Horizont	Lejana	Día	Normal	LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85
Agudeza Punta (B) - Izquierda	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza Punta (B) - Derecha	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Izquierdo	Cercana	Día	Anormal	20/70
Agudeza del Ojo Derecho	Cercana	Día	Normal	20/30
Agudeza Binocular	Cercana	Día	Normal	20/30
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Cercana	Día	Normal	Lateral:5, Vertical:5

Conclusiones: Un mensaje con resultado ANORMAL indica que los ojos del examinado están por debajo de los estándares de visión saludables. El examinado debe de referirse a un especialista.

Notas: Ingresa Notas Aquí

B

C.C 39046850

PROTOCOLO DE EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ

Nombre:	Nadiq Reyes Roto
Fecha de nacimiento:	15-05-79 Edad: 41
Ocupación:	Instructor
Remitido por:	
Diagnostico ORL:	
Teléfono de contacto:	3154110666
Fecha de evaluación:	18-12-20

ANTECEDENTES MORBIDOS

Intervención quirúrgica	Si, cual Vista	
Hospitalización	Si	No
Intubación	Si, cuanto tiempo	No
Medicamentos	Si, cuales	No
		No

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Motivo de consulta: No refiere
Cuando comenzó el problema:
Forma de inicio:
Como lo afecta:
En qué momento se agrava:
Como ha sido la evolución:
Causa del problema:
Localización:

Momento del día de mayor dificultad: NO
Ha tenido afonías, cuando En que situaciones aparecen molestias: NO
Varía el tono y volumen de voz sin querer: NO
Se siente tenso físicamente, que sitio: ocasional
Ansioso o irritable, con qué frecuencia:

SÍNTOMAS ACTUALES

Fonastenia: cansancio	Si, cuando	No ✓
Fonalgia: dolor	Si, cuando	No ✓
Tensión en fonación	Si, cuando	No ✓
Bolus faríngeo	Si, cuando	No ✓
Sensación de constricción	Si, cuando	No ✓
Descarga posterior	Si, cuando	No ✓
Odinofagia	Si, cuando	No ✓

Mal uso vocal

Habla compitiendo con ruido ambiental	Si	No ✓
Habla mientras escucha música	Si	No ✓
Habla al mismo tiempo que otras personas	Si	No ✓
Canta fuera del registro	Si	No ✓
Canta sin vocalizar	Si	No ✓
Trata de hablar con tono más grave o agudo	Si	No ✓
Debe hablar mucho	Si	No ✓
Habla muy rápido	Si	No ✓
Imita voces	Si	No ✓
En resfríos, intenta hablar con normalidad	Si ✓	No
Habla forzando la voz	Si	No ✓

Escaneado con CamScanner

Abuso vocal

Grita en exceso	Si	No
Imita ruidos o sonidos	Si	No
Habla mientras hace ejercicios	Si	No
Carraspea	Si	No
Tose en exceso	Si	No
Fuma	Si	No
Consume drogas	Si	No
Consume café	Si	No
Ingiere alimentos picantes	Si	No
Ingiere alimentos muy condimentados	Si	No
Ingiere alimentos muy calientes	Si	No
Ingiere alimentos muy fríos	Si	No
Bebe líquidos cuando hace uso de su voz	Si	No
Suele trasnochar	Si	No
Exposición a agentes químicos	Si	No

Ambiente

Esta frecuentemente en ambientes de fumadores	Si	No
Esta frecuentemente en ambientes ruidosos	Si	No
Esta frecuentemente en ambientes con químicos irritables	Si	No
Esta frecuentemente en ambientes con aire acondicionado	Si	No
Esta frecuentemente en ambientes con poca ventilación	Si	No
Se expone frecuentemente a cambios de temperatura	Si	No
Utiliza frecuentemente ropa ajustada	Si	No

RESPIRACION

En Reposo

TIPO	clavicular	abdominal	Costo- Diafragmática

MODO	oral	nasal	Mixto

En fonación

TIPO	clavicular	abdominal	Costo- Diafragmática
MODO	oral	nasal	*Mixto*

	1 emisión	2 emisión	3 emisión	promedio
A	13	10	10	
S	10	9	9	

Relación s/z

COORD. FONORESPIRATORIA	Adecuada	Inadecuada
APOYO RESPIRATORIO	Presente	Ausente
Apneas prefonatorias	Presente	Ausente

POSTURA

ASIMETRIA DE HOMBROS	**Normal**	**Leve**	**Severa**

Lateral

POSICION DE CABEZA	**Normal**	**Levemente adelantada**	**Severamente adelantada**
COLUMNA VERTEBRAL	**Normal**	**hiperlordosis**	**hipercifosis**

Posterior

Escapulas	**Normal**	**Aladas**

Escaneado con CamScanner

EMISION: Cualidades de la voz

Intensidad

VOZ CONVERSACIONAL	Normal ✓	Alto	Bajo
VOZ EN LECTURA	Normal ✓	Alto	Bajo
EMISIONES VOCALES	Normal ✓	Alto	Bajo
VOZ SUSURRADA	Normal ✓	Alto	Bajo
VOZ DE LLAMADA	Normal ✓	Alto	Bajo
VARIACIONES	Normal ✓	Alto	Bajo
	Normal ✓	Alto	Bajo

Tono

Normal ✓	Desv. graves	Desv. agudas	Inestable

Ataque vocal

Normal ✓	Duro	Soplado

Resonancia

Oral ✓	Pectoral	Fondo de saco
Hiponasal	Hipernasal	Faríngea

Timbre

Grado disfonía	Ronquera	Astenia	Soplo	Tensión
G	R	A	B	S

HABLA- ASPECTOS SUPRASEGMENTALES

RITMO	EN FONACION	Normal ✓	Pausado	Precipitado	Irregular
	AL LEER	Normal ✓	Pausado	Precipitado	Irregular

PROSODIA	Adecuada ✓	Pausada	precipitada

FLUIDEZ	Adecuada ✓	Inadecuada

OFAS

Labios	Apariencia ✓	Tono ✓	Movilidad ✓
Lengua	Apariencia ✓	Tono ✓	Movilidad ✓
Velo	Apariencia ✓	Tono ✓	Movilidad ✓
Mejillas	Apariencia ✓	Tono ✓	Movilidad ✓
Nariz	Apariencia ✓	Tono ✓	Movilidad ✓

Mandíbula	Apariencia normal	Movilidad normal	
ATM	Apariencia ✓	Movilidad ✓	

DIENTES	Diastemas	Ausencias ✓	Implantaciones	Prótesis

PERCEPCION DE LA VOZ

POR EL PACIENTE:	**NOTA:** No refiere alteraciones de la voz.
PORFONOAUDIOLOGO	No alteraciones de su voz actuales. **NOTA:**

Juliette Carrera N.

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONDABLE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

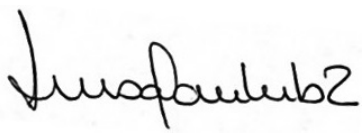
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NADIA REYES POLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39.046.850, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 04/02/2021 y fecha fin de contrato 19/10/2021 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): 202101012457464.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NADIA REYES POLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39046850,** se encuentra afiliado/a desde **12/10/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CERTIFICAMOS

QUE LA SEÑORA ***NADIA REYES POLO*** *CON* ***CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.046.850*** *SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR LA EXPEDICIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL No. 18-44-101073716 ANEXO 0, POR EL VALOR TOTAL DE $33.320 POR CONCEPTO DE PRIMA E IMPUESTO A LAS VENTAS.*

SE EXPIDE A LOS DIEZ (10) DÌAS DEL MES DE FEBRERO DE DOS MIL VEINTIUN0 (2021).

CORDIALMENTE,

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHICO**	**18**	**18-44-101073716**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	**02**	**2021**	**10**	**02**	**2021**	**00:00**	**11**	**02**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	REYES POLO, NADIA		**CC: 39.046.850**
DIRECCIÓN: CL 13 NRO. 2 - 80 CASA 9 VILLAS TAYRONA	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO:	4228392

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 31 - 42	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5960100

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO Y SURGIDAS CONTRATO CO1.PCCNTR.2243038 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD DE BILINGUISMO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2021	11/02/2022	$3,120,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,120,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ARANZAZU LTDA ASESORES DE SEGUROS	4542	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

18-44-101073716

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHICO**	**18**	**18-44-101073716**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
10	**02**	**2021**	**10**	**02**	**2021**	**00:00**	**11**	**02**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	REYES POLO, NADIA		**CC: 39.046.850**
DIRECCIÓN: CL 13 NRO. 2 - 80 CASA 9 VILLAS TAYRONA	CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO:	4228392

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 31 - 42	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5960100

ADICIONAL:



VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,120,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ARANZAZU LTDA ASESORES DE SEGUROS	4542	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 85 NO 10-85 - TELEFONO: 6171035 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11003609393974 (3900) 000000033320 (96) 20220210

REFERENCIA PAGO:

1100360939397-4

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) NADIA REYES POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39046850 realizó el día 21/02/2021 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 NADIA REYES POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39046850 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 -