

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	922910
	CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	05227-859707
			No. de documento	14857

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES	C.C.	31.583.961
Correo electrónico contratista:	accordobac@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3005776886
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
		N° Cuenta	30015239638
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			
N° del contrato:	2245701/2021	N° Compromiso SIIF	15721
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.000.000	Periodo objeto de pago	Del 11/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 36.400.000	Comisiones	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR PERIODO FIJO 2021, TÉCNICO ANALISIS DE MUESTRAS QUÍMICAS EN EL CENTR	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.600.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.600.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.727.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.040.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 1.727.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 130.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 2.303.600,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 166.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL III	\$ 25.400	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Pro-UCEVA 13.000,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Universidad del Pacífico 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 2.587.000,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 575.900		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
IMPARTI FORMACION PROFESIONAL A LOS SIGUIENTES GRUPOS FICHA: 2186523 GRUPO: TAMQ14 FICHA: 2206564 GRUPO: TAMQ15 FICHA: 2236258 GRUPO: TAMQ16 FICHA: 2236263 GRUPO: TAMQ17 NUMERO DE PLANILLA SIMPLE 1035319960	

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.		ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES EL CONTRATISTA
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.		JORGE IVAN GARCIA FRANCO COORDINADOR ACADÉMICO
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		

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR CDTI



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-26, 10:25:06 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1035319960

Periodo Cotización:

enero de 2021

Periodo Servicio:

enero de 2021

Referencia pago (PIN):

8835046320

PAGADO 26/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

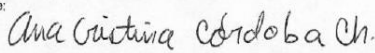
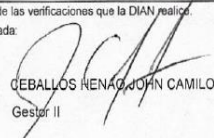
Razón Social	ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES			Dirección	CLL 2A 69 24
Documento	CC31583961			Teléfono	3317882
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALI			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDP	TAP	USP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 31583961	ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES	59	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 908.526	\$ 145.400	(EPS037) NUEVA EPS	\$ 908.526	\$ 113.600	2.436	\$ 908.526	\$ 22.200	(CCF57) COMFANDI	\$ 908.526	\$ 5.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 286.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 22.200	\$ 5.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 286.700	\$ 0	\$ 286.700

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Módulo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001																																																				
2. Concepto: 0 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario: 14504108111																																																					
																																																							
5. Número de identificación Tributaria (NIT): 3 1 5 8 3 9 6 1 - 7		12. Dirección seccional: Impuestos de Cali																																																					
		14. Buzón electrónico: 5																																																					
IDENTIFICACION																																																							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																																					
26. Número de identificación: 3 1 5 8 3 9 6 1		27. Fecha expedición: 1 9 9 9 0 7 0 7																																																					
Lugar de expedición: COLOMBIA		29. Departamento: Valle del Cauca																																																					
30. Ciudad/Municipio: Cali		31. Ciudad/Municipio: 0 0 1																																																					
32. Segundo apellido: CHAVES		33. Primer nombre: ANA																																																					
34. Otros nombres: CRISTINA																																																							
35. Razón social:																																																							
36. Nombre comercial:																																																							
UBICACION																																																							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Valle del Cauca																																																					
40. Ciudad/Municipio: Cali		41. Ciudad/Municipio: 0 0 1																																																					
42. Dirección principal: CL 2 A 69 24 BRR CALDAS																																																							
43. Correo electrónico: anacristina.cordobachaves@gmail.c		44. Código postal: 7 6 0 0 5 7 7 6 8 8 6																																																					
45. Teléfono 2:																																																							
CLASIFICACION																																																							
Actividad económica principal 46. Código: 0 0 1 0		47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 0 1 1 2 0																																																					
48. Código:		49. Fecha inicio actividad:																																																					
50. Código: 1 2		51. Código:																																																					
52. Número establecimientos:		53. Código:																																																					
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				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																										
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																														
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 ☒		60. No. de Folios: 0																																																					
61. Fecha: 2 0 2 0 1 1 2 0																																																							
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: CEBALLOS RENAJO JOHN CAMILO		985. Cargo: Gestor II																																																					



Hace constar:

Que el Sr(a) ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31583961 realizó el día 16/02/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31583961 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 -

Historia de Audiometría Ocupacional

INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐

EMPRESA: ANA CRISTINA CORDOBA CH.		FECHA	DD	MM	AA
CORDOBA			22	03	2019
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		CEDULA:	EDAD:
CORDOBA	CHAVES	ANA CRISTINA		31.583.961	37
CARGO: Instructor.		ANTIGÜEDAD:			
Exp. Diaria A Ruido (en horas)		Tipo De Ruido	Continuo	Intermitente	Impacto

ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES (marcar con X la respuesta positiva)				CIRUGIAS			
☒ Hipertensión	☒ Parálisis Facial	☒ Meningitis	☒ Rubéola	☒ Oídos	☒ Garganta	☒	☒
☒ Diabetes	☒ Otitis	☒ Paperas	☒ Sifilis	☒ Cabeza	☒ Perforación Timpánica	☒	☒
	☒ Sarampión	☒ Tuberculosis	☒ Trauma Directo Al Oído	☒ Nariz	☒ Ototoxicos	☒	☒
ANTECEDENTES OTOLÓGICOS OD OI OD OI Otagia (dolor) Prurito (picação) Aparición Súbita Progresiva Otorrea (supura) Vértigo (mareo) Tiempo de aparición < 1 año 1 a 3 años > 5 años Acufenos (ruidos) Algiacusia (Molestia) Hipoacusia (disminución de audición)							

RECIBE MEDICAMENTOS SI ☐ NO ☒ CUALES:

DURANTE LAS CONVERSACIONES USTED ESCUCHA?

Perfectamente	☒	Con un poco de dificultad	☐	Algún familiar tiene problemas auditivos?	SI ☐ NO ☒
Con gran dificultad	☐	Oye pero no entiende	☐	Cual:	

Observaciones:

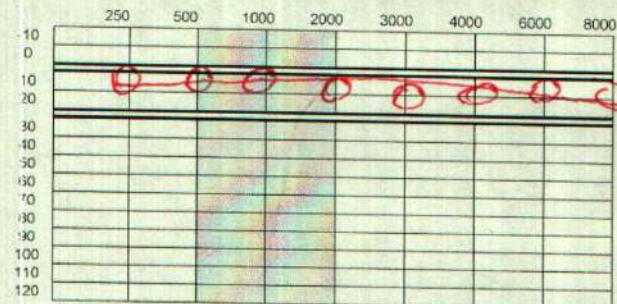
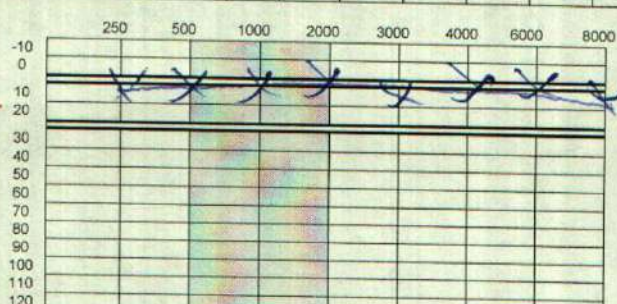
Uso Protección?	SI	NO	Tipo de protección usada
MP3 - RADIO	☒	☐	CUAL: ☒
POLIGONO	☒	☐	CUAL: ☒
MANOS LIBRES - CELULAR - TELEFONO	☒	☐	CUAL: ☒
USO DE MOTOCICLETA	☒	☐	CUAL: ☒
TEJO	☒	☐	CUAL: ☒
DISCOTECAS	☒	☐	CUAL: ☒

REVISIÓN DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN AUDITIVO ACTUAL

TIPO	ANATÓMICO ☐	COPA ☐	PREFORMADO ☐
USO	Continuo	Ocasional	No Los Usa
ASEO	Bueno	Deficiente	Porque no los usa?:
ESTADO	Bueno	Mal	Regular
		No Revisado	
REQUIERE CAMBIO EL PROTECTOR SI ☐ NO ☒			

OTOSCOPIA Oído Derecho	Triangulo de Luz	SI () NO ()	Abombamiento	SI () NO ()
	Perforaciones	SI () NO ()	Cerumen	SI () NO ()
OTOSCOPIA Oído Izquierdo	Triangulo de Luz	SI () NO ()	Abombamiento	SI () NO ()
	Perforaciones	SI () NO ()	Cerumen	SI () NO ()

O.D.	125	250	500	1000	2000	3000	4000	8000	O.I.	125	250	500	1000	2000	3000	4000	8000
Via Aérea									Via Aérea								
Via Ósea									Via Ósea								



Calificación	ESCALA						RECOMENDACIÓN O CONDUCTA					
	ELI		SAL		LARSEN							
	OD	OI	OD	OI	OD	OI	Próximo Control:	1 Mes	3 Meses	6 Meses	1 Año	
	A	A	A		N	N						☒
												☒
												☐
												☐

DIAGNOSTICO AUDITIVO:

Audición normal.

Observaciones:

El empleado certifica que la información suministrada por él, es veraz y no ha omitido ningún detalle relevante en su Historia

Firma del Empleado Evaluado
Ana Cristina Cordoba

C.C. 31583961 De: Cali



Firma del Fonoaudiólogo / Sello
Angela Mercedes Polanco R.
Fonoaudióloga - USC
Reg: 76-2107 C.C. 870-9151

Registro No.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Santiago de Cali, 22/02/2019 INGRESO ☒ PERIODICO ☐ REINTEGRO ☐

Empresa: ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES
 Nombre: ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES Edad: 37
 Cargo: INSTRUCTORA Cedula: 31583.961

Hacemos constar que a la fecha, se examino al empleado encontrándose:

EXAMEN FISICO:

Tensión Arterial:	Clasificación de la Tensión Arterial:	F.C.	Peso	Talla	Clasificación del Peso I.M.C.	☐ Déficit De Peso	☐ Sobre peso
90/60	☒ NORMAL ☐ ALTA ☐ BAJA	66	62	164	23.05	☒ Normal	☐ Pre-Obeso
					☐ Obeso Clase :	①	② ③

EXAMEN FISICO:

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
> Evaluación Visual	X		> Evaluación Abdomen	X	
> Evaluación Auditiva	X		> Evaluación Ostearticular	X	
> Evaluación Cardiopulmonar	X		> Evaluación Columna Dorso Lumbar	X	
> Signo de Lassegue - Radiculopatias (diagnóstico de la hernia discal - Al levantar la extremidad con la rodilla extendida):				X	
> Signo de Romberg (vacilación del cuerpo estando el paciente con los pies juntos y ojos cerrados):				X	
> Signo de Marcha Atáxica (alteración de la coordinación de los mov. voluntarios, temblor en reposo, postural o de mov. y el equilibrio):				X	
> Signo de Tinell: Detección de síntomas de Síndrome del túnel carpiano y tendinitis de Quervain				X	
> Signo de Phalen / Phalen inverso: Detección de síntomas de Síndrome del túnel carpiano				X	

EXAMENES PARACLÍNICOS:

Paraclínicos	N. S. No Solicitado	Normal	Anormal	Paraclínicos	N. S. No Solicitado	Normal	Anormal
Audiometría Ocupacional		X		Glicemia		X	
Optometría Ocupacional		X		Perfil Lipídico		X	

Con los resultados obtenidos, la APTITUD LABORAL al cargo a desempeñar es:

CONCEPTO MEDICO DE: Ingreso / Periódico / Re-Ingreso

☒ SIN Restricciones ☐ CON Restricciones Restricciones:

Recomendaciones médicas:

Estilos de vida saludable - Ejercicio regular

El empleado certifica que la información suministrada por él, es veraz y que no ha omitido ningún detalle relevante de su Historia Clínica Ocupacional.

Médico Especialista En Salud Ocupacional
Dra. Andy Jazmin Rendon
 Esp. Salud Ocupacional
 Lic 73/ 2017

Firma del Empleado Evaluado
Ana Cristina Cordoba
 C.C. 31583961 De: Cali

Huella




Laboratorio Clínico Especializado
nohemycruz

www.nohemylab.com



N. de Orden: 03220126

Nombre: CORDOBA CHAVES, ANA CRISTINA **Teléfono:**
Historia: 31583961 **Edad/Sexo:** 37 Años / F
Origen: PREVENTIVA OCUPACIONAL SAS **Fecha de Creación:** 22/03/2019

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
GLUCOSA			
GLUCOSA	61	mg/dl	74 - 106
Técnica: FASE SOLIDA			
Comentario: resultado confirmado, se sugiere correlacionar con historia clínica.			
PERFIL LIPIDICO			
TRIGLICERIDOS	67	mg/dl	0 - 150
Técnica: FASE SOLIDA			
COLESTEROL TOTAL	180	mg/dl	0 - 200
Técnica: FASE SOLIDA			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	51	mg/dl	35 - 60
Técnica: FASE SOLIDA			
VLDL	13.4	mg/dl	0 - 30
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	115.6	mg/dl	0 - 130
Técnica: FASE SOLIDA			
INDICE ARTERIAL	3.53		0 - 5

Responsable: MARIA ISABEL CAMELO
RP 199638
Fecha de Validación: 22/03/2019 01:40:46 p.

Sede Principal
Av. 5A N. 17N - 98 L. 101
Edificio Núcleo Profesional
Tel: 661 30 23 - 667 83 29
calidad@nohemylab.com

Consultorio 202
CDC / Centro Dermatológico de Cali
Calle 5B3 N. 38 - 44
PBX: 524 01 70 Ext: 202
Tel: 379 98 01
sedecdc@nohemylab.com

Sede Fecundar IPS
Cra. 40 N. 5B-105
Tel: 3797557
fecundar@nohemylab.com

**Historia Clínica Ocupacional**Ingreso ☒ Periódico ☐ Reingreso ☐ Retiro ☐EMPRESA: **ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES** Día: **22** Mes: **03** Año: **2019****1- DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO: CORDOBA	SEGUNDO APELLIDO: CHAVES	NOMBRES: ANA CRISTINA	SEXO: M ☐ F ☒	EDAD: 37
FECHA DE NACIMIENTO Día: 28 Mes: 06 Año: 81	DIRECCIÓN: Calle 2A # 69-24	TEL: 3005776886		
CARGO: INSTRUCION	EPS: Nuevo EPS	ARP:	TURNOS: Diurno ☒ Noct. ☐ Ambos ☐	
ESTADO CIVIL ☒ Soltero ☐ Union L. ☐ Viudo ☐ ☐ Casado ☐ Separado		ESCOLARIDAD Primaria ☐ C ☐ Técnico ☐ C ☐ Universitario ☐ C ☐ Secundaria ☐ C ☐ Tecnólogo ☐ C ☐ Postgrado ☐ C ☒		

2- ANTECEDENTES OCUPACIONALESCARGO ACTUAL O ASPIRA: **INSTRUCION** ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: **NUEVO**

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO:

CARGOS ANTERIORES EN ESTA Y EN OTRAS EMPRESAS:

EMPRESAS Y OFICIO	TIEMPO EN AÑOS	JORNADA LABORAL	AGENTES DE RIESGO Llene esta parte con ayuda PROFESIONAL							Uso protección E.P.P.		Sufrió Accidente o enfermedad		Cargos
			Fis.	Qui.	Bio.	Erg.	Seg.	Psi.	SI	NO	SI	NO		
DECAQUIM SA	804	(1)	✓			✓	✓			✓				JEFE CONTINUS G.C.

A- ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDADES		PARENTESCO	ENFERMEDADES		PARENTESCO
1	Hipertensión o infarto A. M.		8	Sordomudez	
2	Cardiopatías		9	Alergias - Asma	
3	Diabetes		10	Tuberculosis	
4	Enfermedades Pulmonares		11	A.C.V.	
5	Enfermedades Mentales		12	Síndrome Convulsivo	
6	Ceguera Congénita		13	Alcoholismo	
7	Cáncer		14	Otros	

B- ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES	SI	NO	ENFERMEDADES	SI	NO	ESPECIFIQUE
1	Congénitas		11	De la piel		
2	Inmunoprevenible		12	Reumatólogicas		
3	Infecciones		13	Alérgicas		
4	De agudeza visual		14	Farmacológicas		
5	De oídos		15	Quirúrgicas		
6	Faringe - amígdalas		16	Traumáticas		
7	Cardíacas		17	Transfusiones		
8	Pulmonares		18	De transmisión S.		
9	Psiquiátricas		19	Gastrointestinales		
10	Neurológicas		20	Genitourinarias		

C- GINECO - OBSTETRICOS

Menarquia: 10	Gestaciones: ☐	Planifica: SI ☐ NO ☒	Anv. ☐ Nat ☐ Barr ☐ DIU ☐ Quir ☐ Nor ☐ Iny ☐
Ciclos: 30	Partos: SI ☐ No ☐	Abortos: ☐	Fecha ultimo parto: 0
Fecha última periodo: 23/2/19	Fecha última citología: dic/17	Resultado: Normal ☒ Inflamatoria ☐	Cesareas: SI ☐ No ☒
		Tratamiento: SI ☐ No ☐	

D- TOXICOLOGICOS

HABITOS	CANTIDAD/DIA	CUANTOS AÑOS?	E- INMUNIZACIONES		
Cigarrillo	20		VACUNA	SI	NO
Alcohol	20		Vac. Tetanos		☒
Droga o Medicamento	20		Vac. Fiebre Amarilla		☒
Ninguno			Vac. Antigripal		☒
			Vac. Hepatitis B		☒

3- REVISION POR SISTEMAS

ENFERMEDAD ACTUAL	SI ☐ NO ☒	Descripción
CONSULTA	SI ☐ NO ☒	Ningún Cuálquier Síntoma

4- EXAMEN FISICO

Lado dominante: Diestro ☒ Zurdo ☐ Ambidiestro ☐	Peso: 62	Talla: 164	Tensión Arterial: 90/60	Frecuencia Card.: 66	Frecuencia Resp.: 18
IMC: 23.05	Deficit de Peso ☐ Normal ☐ Sobrepeso ☐ Pre-obeso ☐ Obeso: Clase 1 ☐ Clase 2 ☐ Clase 3 ☐				

ORGANO O SISTEMA			N.E.	N.	AN	ORGANO O SISTEMA			N.E.	N.	AN
Aspecto general						Cicatrices o tatuajes					
Cráneo						Piel y faneras					
CABEZA: Cara, Facciones, ojos, párpados, conjuntivas, iris, fondo de ojo.						COLUMNA VERTEBRAL: Cervical					
BOCA: Dentadura, lengua, encías, faringe, amígdalas, labios.						COLUMNA VERTEBRAL: Dorsal					
NARIZ: Forma, tabique, cornetes, mucosas						COLUMNA VERTEBRAL: Lumbosacra					
OIDOS: Pabellones, conductos externos, tímpanos.						ABDOMEN: Viseras, peristaltismo, hernias, ganglios genitales externos, percusión.					
CUELLO: Pulpos carotídeos, zona tiroide, arcos de movimiento, adenomegalias.						SISTEMA NERVIOSO: Marcha, sensibilidad, reflejos impresión psicológica.					
TORAX: Senos						EXTREMIDADES MMSS: Brazos, antebrazos, manos.					
Auscultación cardíaca						EXTREMIDADES MMII: Muslos, piernas, pies.					
Auscultación pulmonar						VARICES			PD	G1	G2
Observaciones:									P1		G3

anel y Phalin negativos, lasague negativo

N.E.: No Explorado N: Normal AN: Anormal PD: Pierna Derecha PI: Pierna Izquierda G1: Grado 1 G2: Grado 2 G3: Grado 3

EXAMEN OSTEOARTICULAR

SÍNTOMA	DEDOS MANOS		DEDOS PIES		MUNECA		CODO		HOMBROS		RODILLAS		CADERA		TOBILLOS		
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
DEFORMIDAD																	
RUBOR																	
CALOR																	
SENSIBILIDAD																	
EDEMA																	
DOLOR																	
LIMITACIÓN																	
FUNCIÓN MOTORA		CONSERVADORA: SI ☒ NO ☐ ESPONTÁNEA: SI ☒ NO ☐															

EXAMEN DE COLUMNA DORSO LUMBAR

PRUEBA	N	AN	PRUEBA	N	AN	PRUEBA	N	AN	EXPLORACIÓN TOPOGRÁFICA	N.E.	N	AN
INSPECCIÓN			MOVILIDAD			MARCHA			ACTITUD POSTURAL			
Simetría			Flexión			puntas			REFLEJOS			
Curvaturas			Extensión			Talones			FUERZA MOTILIDAD			
PALPACIÓN			Flexión Lateral			REFLEJOS			SENSIBILIDAD			
Dolor			Rotación			Patear			SIGNO MARCHA ATÁXICA			
Espasmo						Aquillano			SIGNO DE ROMBERG			
						Tofismo muscular			ASPECTO GENERAL			

ANTECEDENTES DEPORTIVOS		ANTECEDENTES DE ACCIDENTES LABORALES (Fecha, Lesión, Secuelas)	
TIPO:	<i>100% - CARIVARI</i>	<i>(N)</i>	
FRECUENCIA:	<i>2x SEMANA</i>		
LESIONES (Fecha, Lesión, Secuelas)	<i>(N)</i>		

5- DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS		RESULTADO EXAMENES PRESENTADOS	
<i>Dx 2021 Examen Psicológico</i>		Audiometría: <i>normal</i>	
☒ SIN Restricciones		Optometría: <i>Emetope, visión de color y profundidad normal</i>	
☐ CON Restricciones		Espirometría:	
☐ APTO ☐ NO APTO ☐ APLAZADO para trabajos Seguros en Alturas		Laboratorios:	
RETIRO ☐ NO PRESENTA alteración durante la evaluación. ☐ Presenta alteración debe continuar control en la EPS.			
REMISIÓN A E.P.S. SI ☐ NO ☒		REMISIÓN A ESPECIALISTAS SI ☐ NO ☒	

6- RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES (Incluya exámenes complementarios y subprogramas de PyP)

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES		INCLUIR EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
<i>Estilos de vida saludable</i>		P.V.E. RIESGO	MOTIVO
<i>Actividad física regular</i>		Osteomuscular	
		Cardiovascular	
		Químico	
		Auditivo	
		Psicolaboral	

7- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS DESPUES DE LA EVALUACIÓN

EXAMEN	EXAMEN	EXAMEN	EXAMEN	EXAMEN	EXAMEN
Colesterol Total	Glicemia	Electrocardiograma	Serología VDRL	Frotis Faringeo	Audiometría
Triglicéridos	Cuadro Hemático	Parcial de Orina	Plumbemia	Radiología	Optometría
Perfil Lipídico	Hemoglobina Glicosilada	Pr. de Embarazo	Frotis Ungueal	Espirometría	Manipuladores de Alim.

Certifico que la información que he suministrado es la verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar a la invalidez de mi contrato, igualmente me encuentro conforme con la información de mi examen médico ocupacional, y resultados paraclínicos.

Ana Cristina Córdoba
FIRMA TRABAJADOR
C.C. # *31583961* de *Cali*



Dr. Cindy Jara Rendon
FIRMA MEDICO
R.M. # *Es. Salud Ocupacional*
Bo. 73. 2017

Historia de Optometría Ocupacional

INGRESO ☒ PERIODICO ☐ RETIRO ☐

EMPRESA: ANA CRISTINA CORDOBA CH. Día 22 Mes 03 Año 2019

<u>CORDOBA</u>	<u>CHAVES</u>	<u>ANA CRISTINA</u>
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CEDULA: <u>31.583.961</u>	EDAD: <u>37</u>	CARGO: <u>DOCENTE.</u>

ANAMNESIA

PRIMERA VEZ Si ☐ No ☒ Ultimo examen visual Día Mes Año 2 años

USA Rx. Si ☐ No ☒ Gafas ☐ Lentes ☐ Permanente ☐ Ocasional ☐

Rx. EN USO OD - Add -

OI - CLASE -

ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertensión ☐ Diabetes ☐ Cx. Ocular ☐ Otros: Ninguno

Pterigio ☐ Glaucoma ☐ Accid. De Trabajo ☐

Catarata ☐ Triglicéridos ☐ Accid. Origen Común ☐

ANTECEDENTES LABORALES

FISICOS	Radiaciones (UV-IR) ☐	Soldadura ☐	Fundición ☐	Iluminación ☐	Calor ☐
QUIMICOS	Polvo ☐	Humo ☐	Líquidos ☐	Gases ☐	Vapores ☐
FISICO-QUIMICOS	Madera ☐	Papel ☐	Textil ☐	S. Inflamables ☐	Metal ☐
ELECTRICOS	Aparatos Eléctricos ☐	Arco Eléctrico ☐			
BIOLOGICOS	Material De Laboratorio ☐	Secreciones ☐	Aguas Contaminadas ☐		
ERGONOMICOS	Fijación Permanente ☐	Otros: <u>COMPUTADOR</u>			
OBSERVACIONES					

SINTOMAS

Asintomático ☒	Enrojecimiento ☐
Cefalea ☐	Ardor / Dolor ☐
Prurito ☐	Ressequedad ☐
Secreción ☐	Mala visión de cerca ☐
Cansancio ☐	Mala visión de lejos ☐
Lagrimo ☐	Visión borrosa ☐
Fotofobia ☐	Desviación ocular ☐
Otros:	

EXAMEN VISUAL

SC	CC
LEJOS OD <u>20/20</u>	LEJOS OD <u>20/20</u>
OI <u>20/20</u>	OI <u>20/20</u>
CERCA OD <u>0.50H</u>	CERCA OD <u>0.50H</u>
OI <u>0.50H</u>	OI <u>0.50H</u>
Examen Externo: <u>NORMAL</u>	
Reflejos Pupilares: <u>RECT / IRES</u>	
Estado Muscular: <u>OK</u>	
CT <u>OK</u>	VL <u>OK</u>
VP <u>OK</u>	PPC <u>OK</u>

Visión Cromática	Calificación	OD	OI
Oftalmoscopia	en	<u>NORMAL</u>	<u>NORMAL</u>
Visión Estereoscópica	Grados	<u>+100</u>	<u>+100</u>
Campo Visual		<u>40°</u>	<u>40°</u>

Formula Final	OD <u>+0.75</u>	AV <u>20/20</u>
	OI <u>+0.75</u>	AV <u>20/20</u>
	ADD	AV <u>0.50H</u>

DIAGNOSTICO

Patología	Ojo Derecho	Ojo izquierdo
Emetropia	☒	☒
Hipermetrópia	☐	☐
Astigmatismo	☐	☐
Miopia	☐	☐
Presbicia	☐	☐
Estrabismo	☐	☐
Ambliopía	☐	☐
Insuficiencia De Convergencia	☐	☐
Observaciones		

CONDUCTA

Control	1 Mes ☐	3 meses ☐	6 meses ☐	1 año ☒
☒ Apto Visualmente SIN Formula				
☐ Apto Visualmente CON Formula En Uso				
☐ ADAPTAR Formula				
☐ CAMBIAR Formula				
☐ Valoración Por Ortóptica				
☐ Remisión Neurología				
☐ Glicemia				
☐ Remisión Oftalmología				
Observaciones				

El empleado certifica que la información suministrada por él, es veraz y no ha omitido ningún detalle relevante en su Historia

Firma del Empleado Evaluado

Ana Cristina Córdoba

C.C. 31583961 De: Cali

Huella



Registro No.

01. Historia de Optometría / Sello

Optometría

ED 256



INFORME DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

FECHA DEL PROCESO: 02/11/2020	NOMBRE COMPLETO: ANA CRISTINA CORDOBA CHAVEZ CC. 31'583.961 DE CALI VALE	PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS: WARTEGG 8 CAMPOS, FIGURA HUMANA Y ENTREVISTA PSICOLÓGICA	
EDAD: 39 años	DIRECCIÓN: CALDAS, CALLE 2A #69-24 APTO. 201	TELEFONO: 3005776886	E-MAIL anacristina.cordobachaves@gmail.com anacorcha1981@gmail.com
CARGO AL QUE ASPIRA: INSTRUCTORA EN TECNICO DE ANALISIS DE MUESTRAS QUIMICAS			

INFORMACIÓN OBTENIDA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: PRUEBAS Y ENTREVISTA.

RASGO DE PERSONALIDAD Ó HABILIDAD	DESCRIPCIÓN
AUTOESTIMA/ AUTOCONCEPTO.	Seguro, estable y expresiva; comprometido con su trabajo y con la adecuación del modelo educativo
RELACIONES INTERPERSONALES	En general sus relaciones con su entorno es buena. Con los estudiantes es buena y con su grupo de trabajo es "líder" por su experiencia laboral.
METAS PERSONALES	Seguir estudiando. SENA especialización en NCT ISO/IEC 17025.
CONTROL DE IMPULSOS	Paciente y con la capacidad de reflexión y regulación. Organizado y con elevada capacidad de seguir las normas.
CANALIZACIÓN DE ENERGÍA	Se evidencia equilibrio en sus entornos. Lectura y actividades al aire libre, naturaleza, ambientes naturales
ESTILO DE PENSAMIENTO	Logico. Aprendizaje en la marcha y auto-gestión. Se muestra como una persona clara, positiva y proactiva.
SERVICIO AL CLIENTE	Centrado en sus estudiantes. Preocupado y motivado con alta capacidad de comunicación efectiva. Orientado a las personas y las realidades del contexto (estudiantes). Dedicado y comprometido con la labor desempeñada. Sensible y asertivo.
NORMAS Y VALORES SOCIALES	Elevada capacidad para interactuar y adaptarse a los contextos con elevados valores sociales. Práctica, creativa, recursiva y con alta capacidad reflexiva.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

No se evidencian rasgos que puedan ser considerados como perjudiciales para el desarrollo adecuado de su trabajo. Su experiencia en el campo laboral. Trabaja por convicción y amor por el trabajo que desempeña. Ha recorrido un camino hacia la formación personas en oficios. Convencido de la labor que desempeña.

URSULA PATRICIA AMADOR SOCARRAS

Tarjeta Profesional No. 185777

ESPECIALISTA EN SST LICENCIA 14776-12-2018

Ursula P. Amador Socarrás
Psicóloga Organizacional Esp. En Salud Ocupacional
T.P. No. 185777 . Licencia 14776-12-2018



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 ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 31.583.961, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 12/02/2021 y fecha fin de contrato 12/12/2021 con riesgo 3.

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): 202101012383644.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 25 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES identificado(a) con CC 31583961, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30015239638	2004/02/19	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
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

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



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4208135915

PÓLIZA No: 420-47-994000037516 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGENCIA: 420 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
12	02	2021	12	02	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ANA CRISTINA CORDOBA CHAVES**

IDENTIFICACIÓN: CC **31.583.961**

DIRECCIÓN: **CL 2 A 69 24**

CIUDAD: **CALI, VALLE**

TÉLEFONO: **3317882**

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	12/02/2021	12/04/2022	3,900,000.00

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. COI.PCCNTR.2245701 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR PERIODO FIJO 2021, TÉCNICO ANALISIS DE MUESTRAS QUÍMICAS EN EL CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL

** CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA**

POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****3,900,000.00	\$ *****20,000	\$*****9,000.00	\$ *****5,510	\$ *****34,510

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
JBSEGUROS LTDA	8397	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.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000420813591

FIRMA TOMADOR

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

CADA20700E0CF9775E

