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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - EMPRENDE RURAL
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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**70829-716498**
No. de documento	**45508**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA	**C.C.**	31.425.165	**IP/Nº de contacto**	3103952036
Correo electrónico contratista:	secheverry@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		187769570	
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:	2300761/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**16821**	
Valor Total del Contrato	$ 35.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.100.000	**1**	**Del**	**02/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.770.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.330.000		Comisiones			$ 337.012,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.2300761 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.770.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 337.012	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.107.012**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.449.883**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**dec 1273 de 201**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.508.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 241.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.900	$ 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	$ 410.701	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 816.628	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.449.883,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.677.212,00	
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 - 8560	7.354,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	20.535,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.742.111,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión funcionaria de la Umata para hacer proceso de inscripción y matrícula al personal concretado de dicho municipio para para la formación OVOP - Desarrollo local incluyente bajo el enfoque mi pueblo, mi producto, mi orgullo
Concertación, iniciación, presentación de formación para el año 2021 - Revisión de espacios casita del mercado para el inicio de formación 70% presencial y 30% virtual

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.

SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicación	Fecha de Radicación
1493528	26 10 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: ECHEVERRY | SANABRIA | SANDRA | MILENA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 31.425.165

9. Sexo: F [X] M [ ]

10. Fecha de nacimiento: 21 05 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia [ ]

12. Discapacidad: Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]

13. Puntaje SISBÉN [ ]

14. Grupo de población especial [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: Positiva

16. Administradora de Pensiones: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización -IBC: 908.526

18. Residencia: CL 26 A # 5 BN-221 | 3103952036 | Sam125es16@gmail.com

CUNDINAMARCA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | VILLA JHANA | VALLE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento [ ]

21. Número de documento de identidad

22. Sexo: F [ ] M [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
01				F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
02				F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
03				F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
04				F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
05				F [ ] M [ ]	D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	COMFANDI CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	91223
01		
02		
03		
04		
05		

SOS — FECHA: 25 FEB 1801 — FIRMA: [illegible] — C.C. o T.I. 1.112.772.770 — Código Asesor: 2403

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

35. Nombre o razón social

36. Tipo de documento de identificación [ ]

37. Número de identificación

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Departamento | Municipio/Distrito | Código Postal

Scanned by TapScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14732081602

(415)7707212489984(8020) 000001473208160 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 1 4 2 5 1 6 5	4	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

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	3 1 4 2 5 1 6 5	1 9 9 6 1 0 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ECHEVERRY	SANABRIA	SANDRA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

41. Dirección principal
C 26 A 5 B N 22 MZ 8 CA 115 VILLA JULIANA

42. Correo electrónico smeslinda@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 1 3 3 8 1 1	3 1 0 3 9 5 2 0 3 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 5 1	2 0 2 0 0 7 0 1	8 5 6 0	2 0 2 1 0 1 0 1	8 5 2 3	3 4 3 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 21 / 16 : 07: 40

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 ECHEVERRY SANABRIA SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



NOMBRE DEL PACIENTE	SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 31425165	**EDAD**	42 AÑO(S) 9 MES(ES) 22 DIAS
ENTIDAD	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**OCUPACION**	INSTRUCTORA
DIRECCIÓN	MANZANA 2 CASA # 6, CERROS DE PUERTO ASÍS	**MUNICIPIO**	CARTAGO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General **Fecha de Exámen: 2020-03-16 08:02:28**

Empresa Contratante	Ciudad	Cargo A Desempeñar
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Cartago	instructora

Peso	Talla	IMC
74	1.65	27.18

TA	FC	FR	T
120/70	70	16	37

Empresa En Misión
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
Z1000	PACIENTE SANO	CONFIRMADO NUEVO

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

INGRESO - MUSCULOESQUELETICO - CARDIOVASCULAR - PSICOMETRICO
Apto Para Laborar

Laboratorios

Examenes	Estado	Examenes	Estado
AUDIOMETRIA	NORMAL	OPTOMETRIA	NORMAL
PERFIL LLIPIDICO	NORMAL	GLICEMIA PRE	NORMAL
CUADRO HEMATICO	NORMAL		

Recomendaciones
1. Dieta, 2. Ejercicio, 3. Educacion en salud ocupacional, 4. Higiene postural, 15. Sistema de vigilancia epidemiologica ergonomica

Observaciones
paciente de 42 años quien a la valoración clínica se encuentra en buenas condiciones generales , sin presencia de alteraciones en los signos vitales , sin limitación funcional . En el momento de la valoración clínica se observa la presencia de sobre peso moderado condiciones que no limita para el desempeño laboral. Debe de tener en cuenta la siguientes recomendaciones: hábitos saludables, adecuada higiene postural, y realización de pausas activas; además debe de realizar dieta y ejercicio.

Remisión A EPS
No

Remisión A ARL
No

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO **ASPIRANTE O TRABAJADOR**

PROFESIONAL : CARLOS HUMBERTO VICTORIA
ESPECIALIDAD : MEDICO OCUPACIONAL
REGISTRO MEDICO : 76-2269

NOMBRE : SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA
DOCUMENTO : 31425165



NOMBRE DEL PACIENTE	SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 31425165	**EDAD**	42 AÑO(S) 9 MES(ES) 22 DIAS
ENTIDAD	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**OCUPACION**	INSTRUCTORA
DIRECCIÓN	MANZANA 2 CASA # 6, CERROS DE PUERTO ASÍS	**MUNICIPIO**	CARTAGO

Audiometria

Fecha de la Atencion

16/03/2020 08:18

Diagnóstico

Audicion normal bilateral en frecuencias conversacionales con descenso bilateral leve en algunas frecuencias agudas a partir de 3000 hz se recomienda control audiometrico anual

El formato guarda un archivo adjunto, revise la lista de adjuntos y descargue el correspondiente de la atención.

Profesional : Buena Salud Ocupacional S.a.s
Especialidad : AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CRA 3 # 12-28 Cartago, CARTAGO, -Teléfono(s): 2102951 , Nit: 900757109-8, E-mail(s): citas@buenasaludocupacional.com



NOMBRE DEL PACIENTE	SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 31425165	**EDAD**	42 AÑO(S) 9 MES(ES) 22 DIAS
ENTIDAD	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**OCUPACION**	INSTRUCTORA
DIRECCIÓN	MANZANA 2 CASA # 6, CERROS DE PUERTO ASÍS	**MUNICIPIO**	CARTAGO

Optometria

Fecha Atención: 16/03/2020

Anamnesis

¿Ultimo control visual?
DICIEMBRE 2019

¿Usa correción?
NO

¿Motivo de consulta?
" USO MIS GAFAS PARA VER ELPC, PARA LEER, CUANDO ESTOY EN EL PC ME PRODUCE CANSANCIO, YA SIN GAFAS NO PUEDO LEER BIEN, TENGO 42 AÑOS "

¿Antecedentes personales?
NO REPORTA

¿Antecedentes familiares?
NO REPORTA

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECIÓN		CON CORRECIÓN		Ph
	V/LEJANA	V/PROXIMA	V/LEJANA	V/PROXIMA	
O.D.			20/20	0.50M	
O.I.			20/20	0.50M	
A.O.			20/20	0.50M	

Segmento anterior OD
SANO

Segmento anterior OI
SANO

Oftalmoscopia OD
SANO

Oftalmoscopia OI
SANO

Ducciones
OK

Versiones OD
OK

Versiones OI
OK

Test Color
NORMAL

Estereopsis
NORMAL

Conducta
SIGUE USANDO MISMA RX, CONTROL 6 MESES

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
Z1000	Paciente sano	Confirmado nuevo

MEDICO

ASPIRANTE O TRABAJADOR

PROFESIONAL : VISIOMETRIA OPTOMETRIA BSO

NOMBRE : SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA

CRA 3 # 12-28 Cartago, CARTAGO, -Teléfono(s): 2102951 , Nit: 900757109-8, E-mail(s): citas@buenasaludocupacional.com

ESPECIALIDAD : VISIOMETRIA/OPTOMETRIA **DOCUMENTO :** 31425165
REGISTRO MEDICO : 0

CRA 3 # 12-28 Cartago, CARTAGO, -Teléfono(s): 2102951 , Nit: 900757109-8, E-mail(s): citas@buenasaludocupacional.com



NOMBRE DEL PACIENTE	SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 31425165	**EDAD**	42 AÑO(S) 9 MES(ES) 22 DIAS
ENTIDAD	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**OCUPACION**	INSTRUCTORA
DIRECCIÓN	MANZANA 2 CASA # 6, CERROS DE PUERTO ASÍS	**MUNICIPIO**	CARTAGO

LABORATORIOS

Fecha de la Atencion

16/03/2020

Obervaciones

QUÍMICA SANGUÍNEA
GLICEMIA PRE 92 mg/dl 70 - 110
PERFIL LIPÍDICO
COLESTEROL TOTAL 169 mg/dl 0 - 200
COLESTEROL HDL 46 mg/dl 45 - 95
COLESTEROL LDL 99 mg/dl 0 - 130
COLESTEROL VLDL - CALCULADO 25 mg/dl 20 - 40
TRIGLICERIDOS 125 mg/dl 0 - 200
INDICE ARTERIAL 3.7 0.0 - 4.0
ASPECTO DEL SUERO :
Bacteriologa sección:LILIANA RIVERA POSSO
HEMATOLOGIA
CUADRO HEMATICO TIPO IV
Impedancia
RECUENTO DE LEUCOCITOS 6.4 X10³/ul 5.0 - 10.0
LINFOCITOS EN NUMERO 2.60 X10*3/ul 0.80 - 4.00
CELULAS MIXTAS EN NUMERO 0.20 X10*3/ul 0.10 - 1.50
NEUTROFILOS EN NUMERO 3.60 X10*3/ul 2.00 - 7.00
LINFOCITOS % 39.90 % 20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS% 4.30 % 3.00 - 15.00
NEUTROFILOS % 55.80 % 45.00 - 70.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 4.43 X10*6/ul 4.10 - 5.40
HEMOGLOBINA 13.1 gr/dl 12.0 - 16.0
HEMATOCRITO 38.8 % 37.0 - 47.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV) 87.7 mmol/L 80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 29.5 pg 26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA
CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)
33.7 gr/dl 32.0 - 36.0
RDW-SD 46.5 mmol/L 35.0 - 56.0
RDW-CV 13.4 % 10.0 - 16.0
PLAQUETAS 348 X10³/ul 150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO 8.4 mmol/L 6.5 - 12.0
PDW 15.2 9.0 - 17.0
PLAQUETOCRITO 0.292 %.
Bacteriologa sección:LILIANA RIVERA POSSO.

El formato guarda un archivo adjunto, revise la lista de adjuntos y descargue el correspondiente de la atención.

Profesional : Laboratorio Bso
Especialidad : LABORATORIO
Registro Médico : 0

CRA 3 # 12-28 Cartago, CARTAGO, -Teléfono(s): 2102951 , Nit: 900757109-8, E-mail(s): citas@buenasaludocupacional.com

	INFORME PRUEBA PSICOTECNICA	PAGINA 1

DATOS DEL ASPIRANTE
FECHA: Marzo 16 del 2020
NOMBRE: SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA
ENTIDAD: SENA

1. **FORMACIÓN – EDUCACIÓN** Profesional

2. **INTERPRETACIÓN DE VALANTI (PRUEBA DE VALORES)**

Teniendo en cuenta que esta prueba mide en una escala de valores, la prioridad que cada candidato le da a determinada situación, influenciado de acuerdo a la personalidad; los resultados obtenidos son los siguientes:

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para Sandra.
El área menos importante es la física (Valor RECTITUD).

El valor amor es el más importante de acuerdo a los resultados, este se encuentra expresado en la bondad, la simpatía, dándole importancia a la amistad por medio del apoyo mutuo el cuidado y la dedicación.

Para la candidata el valor verdad, es importante influenciando este aspecto en su área intelectual, percibiéndose como un ser curioso, honesto que busca la igualdad, con capacidad de realizar algunas síntesis de acuerdo a su formación y capacidad intelectual, dándole prioridad a cualidades como la honestidad y la integridad.

Valores como la paz está dentro de la norma de la población, siendo este un aspecto positivo, porque le brinda un equilibrio emocional al candidato logrando tener calma, concentración, paciencia y reflexión sobre su actuar o pensar, al igual que el valor de la no violencia que logran tener una armonía con su entorno, teniendo como prioridad el bienestar de los individuos o la incapacidad de hacerle daño a otros.

La importancia del valor rectitud no es fundamental. La parte física de sus valores es colocada en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como el compromiso, la confiabilidad, el deber y el sacrificio. Es importante aclarar que según resultados se evidencia bajo puntaje, pero no significa que no hace parte de la candidata estas características, lo que si puede suceder es que primen otras cualidades o valores.

3. CONCEPTO FINAL

La candidata se presenta a las pruebas con una buena presentación personal, se muestra respetuosa y receptiva, seguido a la explicación coopera con el inicio del proceso, sin ningún contratiempo, presento la prueba en un tiempo prudente culminando con éxito.

FIRMA DEL PROFESIONAL

T.P 147196
PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, GERENCIA Y CONTROL DEL RIESGO.

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31425165 realizó el día 18/03/2021 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 SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31425165 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

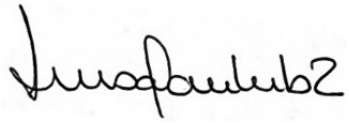
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA, con Cédula Ciudadanía No. 31425165 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/03/2021, para el contrato registrado con fecha desde 01/03/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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): 202101013323226.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que SANDRA MILENA ECHEVERRY SANABRIA identificada con el documento No. 31425165 posee en la oficina CARTAGO (185) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 187769570 desde el 20 de noviembre de 2019.

FECHA DE EXPEDICION: 2021/01/21

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101010824	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
02	03	2021	02	03	2021	00:00	30	03	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ECHEVERRY SANABRIA SANDRA MILENA			Identificación: 31425165
Dirección:	C 26A 5BN 22 MZ 8	Ciudad:	CARTAGO - VALLE	Teléfono: 2133811

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGAS AGROINDUSTRIALES CTA			Identificación: 899999034-1
Dirección:	CR 9 12 141	Ciudad:	CARTAGO - VALLE	Teléfono: 2119999

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2300761 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORALCOMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DELEMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDADPRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOSDEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/03/2021	30/03/2022	$ 3,510,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,510,000.00	02/03/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

Scanned by TapScanner

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101010824, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en CALI, a los 2 días del mes de Marzo de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Scanned by TapScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.	4361 irecaudo SEGUROS DEL ESTADO GENERALES Nit. 860009578-6	Referencia de Pago Nro:	10000027960292
		Fecha Emisión:	02/03/2021

Consignado Por:	sandra milena echeverry sanabria	Fecha de Pago		
		DIA	MES	AÑO
Valor a Pagar:	$33,320.00			
Cantidad de Documentos a Pagar 1		Fecha de Vencimiento de la Boleta		08/03/2021

Debe tener sello y firma de la entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

CLIENTE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.	4361 irecaudo SEGUROS DEL ESTADO GENERALES Nit. 860009578-6	Referencia de Pago Nro:	10000027960292
		Fecha Emisión:	02/03/2021

Nombre de quien realiza la consignación	Fecha de Pago		
	DIA	MES	AÑO
saandra milena echeverry sanabria			
	TOTAL A PAGAR :	$33,320.00	

CAJERO

PAGO DE FACTURAS
CONVENIO: PAG EST SEG DEL EST
NUM APROBACION: 054446
REFERENCIA: 10000027960292
FECHA EFECTIVA: MAR 2 MAR 21
TRANSACCION: 218170267435
VALOR: 33.320
FECHA EXPE:MAR 2 MAR 21 10:54:50
061-00431075-106
782108-481086-344625-484394-43
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 16553 CLR 31433253
00138463-459193

27960292(3900)00000000033320(96)20210308

30292 | Grupo Éxito (Carulla Éxito, Surtimax) | Cajeros ATH |
ogas | La 14

[Usuario Genera: 31425165]

Scanned by TapScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, marzo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**31076061**	**María Leticia Sanabria Alvares**	**MADRE**
C.C.	**2459576**	**Rene Echeverry Correa**	**PADRE**

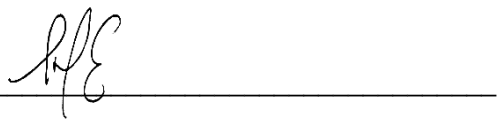
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Sandra Milena Echeverry Sanabria

C.C. 31425165 de Cartago Valle

IDEQS

35030

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS CONM. 2922566

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

114488-T



ORLANDO
POSADA ORREGO
C.C. 16365163
RESOLUCION INSCRIPCION 308 FECHA 2005/11/24
UNIVERSIDAD DEL VALLE

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ

121514

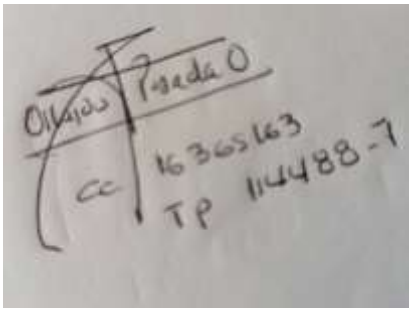
Scanned by TapScanner

El Suscrito Contador Público
Orlando Posada Orrego

Certifica que:

Para efectos de la norma establecida en la aplicación deducción retención en la fuente de la ley Colombiana, Los señores Rene Echeverry Correa identificado con la cédula de ciudadanía No. 2.459.576 con residencia en la ciudad de Manizales Caldas desempleado en su condición de adulto mayor y María Leticia Sanabria Alvares identificada con cédula de ciudadanía No. 31.076.061 con residencia en la ciudad Cartago Valle, ama de casa, padres de la señora Sandra Milena Echeverry Sanabria identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.425.165 de Cartago, dichas personas cumplen con los criterios asumidos como dependientes por su hija.

La presente certificación se expide a los veintitrés (23) días del mes de marzo de 2021.



Orlando Posada Orrego
Contador Público
Universidad del Valle
cc. 16.365.163
T.P. 114488-T

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA 17 de marzo de 2021

PRESENTADO A: GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ - subdirector

ORDEN DE VIAJE No: 21	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	12 de marzo de 2021	12 de marzo de 2021
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Cartago - CTA	**El Cairo Valle**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional a la ficha en proceso de apertura - proceso de inscripción y matrícula OVOP - Desarrollo local incluyente bajo el enfoque mi pueblo, mi producto, mi orgullo

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Reunión funcionaria de la Umata para hacer proceso de inscripción y matrícula al personal concretado de dicho municipio para la formación OVOP - Desarrollo local incluyente bajo el enfoque mi pueblo, mi producto, mi orgullo

RESULTADOS:

1. Concertación de formación para el año 2021
2. Revisión de espacios casita del mercado para el inicio de formación 70% presencial y 30% virtual

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Tiquetes de viajes Cartago – El Cairo – Cartago
2. Lista de asistencia



COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Verificación y recolección de documentos aspirantes al programa OVOP - Desarrollo local incluyente bajo el enfoque mi pueblo, mi producto, mi orgullo	Marta Cardona	24 marzo 2021

2. Iniciación de la formación 1ra. Semana de abril	Marta Cardona	1 de Abril 2021

CONCLUSIÓNES:

1.Cuentan con las condiciones necesarias de acuerdo con lo exigido por la ley nacional para el regreso a la presencialidad paulatina en este último trimestre de 2021

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Sandra Milena Echeverry Sanabria	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Supervisor	JOSÉ GABRIEL GARAVITO APONTE	

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA 17 de marzo de 2021

PRESENTADO A: GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ - subdirector

ORDEN DE VIAJE No: 25	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	15 de marzo de 2021	15 de marzo de 2021
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Cartago - CTA	**Zarzal Valle**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional a la ficha No. 2284717 Emprendedor producción de huevo - Empresarial NR municipio de Zarzal vereda La Paila

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Apertura, presentación de la formación emprendedor de producción de huevo en emprendimiento NR

RESULTADOS:

1. Concertación, iniciación, presentación de formación para el año 2021
2. Revisión de espacios casita del mercado para el inicio de formación 70% presencial y 30% virtual

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Tiquetes de viajes Cartago – Zarzal – Cartago
2. Lista de asistencia
3. Acta de iniciación
4. Fotos

5.








COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Presentación de la formación, confirmación de horarios	Funcionario Umata Zarzal, instructors y aprendices	15 marzo 2021
2.		

CONCLUSIÓNES:

1.Cuentan con las condiciones necesarias de acuerdo con lo exigido por la ley nacional para el regreso a la presencialidad paulatina en este último trimestre de 2021

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Sandra Milena Echeverry Sanabria	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Supervisor	JOSÉ GABRIEL GARAVITO APONTE	