SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - 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	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**53153-500258**
No. de documento	**19880**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARICELA ORTIZ OCHOA	**C.C.**	26.766.841	**IP/Nº de contacto**	3135697994
Correo electrónico contratista:	maortizo@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		9100032691	
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:	2231829/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**30121**	
Valor Total del Contrato	$ 32.581.120	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.581.120	**1**	**Del**	**11/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.164.480,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.416.640		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA; ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER - INST

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.164.480	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	**$ 2.164.480**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.597.410**	**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	----------	**0000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 121.137	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 15.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 19.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 1.300	$ 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	$ 532.470	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.597.410,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.129.880,00	
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	4.260,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.160.220,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA SER CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR
Se participo en la planeación de los procesos formativos establecidos por los lineamientos entregados por la Coordinación
Se realizo alistamiento para la creación de 5 formaciones de produccion agropecuaria ecologica para la soberania alimentaria línea aut
El alistamiento se hizo por medio de llamadas telefónicas, mensajes y correos electronicos, recolección y diligenciamiento de formatos
El alistamiento se hizo en momil desde el 11- 16 de febrero, en chima el 17-19 de febrero y en Los Cordobas desde el 22 de febrero.
Se realizo y gestionó la consecución de la información de los futuros aprendices para la inscripción en el sistema y creación d fichas
Se programó y reportó al supervisor de contrato, con una semana de antelación,a travez de la dinamizadora rural
Se participo en la jornada de actualización y bienvenidad convocadas por Dinamizador Rural de Centro SER y por la Coordinación

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.

MARICELA ORTIZ OCHOA
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,

JIMMY TORRES BUSTILLO
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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006115157	2|0|0|1|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ORTIZ Primer apellido	OCHOA Segundo apellido	MARICELA Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	26766841	Femenino ☒ Masculino ☐	1|4|0|4|1|9|7|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	908526

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 32 A 1 W 95 CAMPO ALEGRE		3135697994	MARICELAORTIZOCHOA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
MONTERIA	Urbana ☒ Rural ☐		CORDOBA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
MARICELA ORTIZ OCHOA	CC	26766841	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 32 A 1 W 95 CAMPO ALEGRE	7809080	MARICELAORTIZOCHOA@GMAIL.COM	MONTERIA	CORDOBA

No de Radicacion
4006115157

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

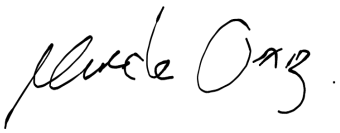
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|6|0|1|2|0|2|1

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	Click AQUÍ para firmar
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- **57.** ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- **58.** ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- **59.** ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- **60.** ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- **61.** ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- **62.** ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- **63.** ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- **64.** ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- **65.** ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	OCHOA	MARICELA	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
26766841	RC TI [X] CE PA	1977 A 04 M 14 D	M [X]	2021 A 01 M 20 D

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? [X] NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? [X] NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? [X] NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? [X] NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? [X] NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: MARICELA ORTIZ OCHOA identificado con el documento de identidad número: 26766841, [X] NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante:

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14361520789

(415)7707212489984(8020) 000001436152078 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 7 6 6 8 4 1	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 7 6 6 8 4 1	1 9 9 6 0 4 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Gamarra 2 9 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	OCHOA	MARICELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal
CL CALLE 32 A 1 W 95

42. Correo electrónico maricelaortizochoa@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 5 0 0	2 0 0 9 0 9 1 1							

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																										

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 2016 - 01 - 27

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 ORTIZ OCHOA MARICELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RESULTADOS
DE EXÁMENES

SYNLAB

Paciente:	**MARICELA ORTIZ OCHOA**	Orden de Trabajo:	**01181714**
Identificación:	**26766841** Historia Clínica:	Fecha de Recepción:	18/01/2021 08:58:52 a. m.
Edad/Sexo:	43 A Femenino Teléfono: 3135697994	Fecha de Impresión:	20/01/2021 03:21:55 p. m.
Médico:		Lugar de Entrega:	
Servicio:	Ambulatorio	Nr. Cama:	
Empresa:	VIRREY SOLIS I.P.S SA	Num Muestra:	
Sucursal:	VIRREY MONTERIA CONTRIBUTIVO	Prioridad:	Rutina
		Toma de Muestra:	

Análisis		Resultado	V/Referencia
Glicemia		82 mg/dL	70 - 100 mg/dL

Técnica: Colorimétrica

Valores en ayunas entre 100 mg/dL - 125 mg/dL son indicativos de Pre-Diabetes
Valores iguales o mayores a 126, se debe confirmar Diabetes Mellitus.
Valores de referencia según criterios ADA 2015 (Diab Care Vol 38, s1-s93).

Tatiana Vélez S

Responsable: TATIANA PATRICIA VELEZ SOTO 19/01/2021 05:06:48 a. m.
Cargo: BACTERIOLOGA PROCESOS REG 85-236-2013

HEMOGRAMA(Hb,Hto,ROJOS,BLANCOS PLAQUETAS ETC)

Técnica: Citometría de Flujo e Impedanciometría
Metodo: metodo

Estudio Eritrocitario

Recuento de eritocitos	*	4.72 mill/mm3	4.06 - 4.69 mill/mm3
Hemoglobina		12.2 g/dl	11.7 - 18 g/dl
Hematocrito	*	37.6 %	37.7 - 53.7 %
PVC (Promedio de Volumen Corpuscular)		79.7 fL	79 - 101 fL
PHC (Promedio de Hemoglobina Corpuscular)		26 pg	26 - 35 pg
PCHC (Promedio de Concentración de Hemoglobina Corpuscular)		32.6 g/dL	31 - 37 g/dL
Ancho de distribución eritroide		11.6 %	11.5 - 14.5 %

RESULTADOS
DE EXAMENES

SYNLAB

Paciente:	MARICELA ORTIZ OCHOA		Orden de Trabajo:	01181714
Identificación:	26766841	Historia Clínica:	Fecha de Recepción:	18/01/2021 08:58:52 a. m.
Edad/Sexo:	43 A Femenino	Teléfono: 3135697994	Fecha de Impresión:	20/01/2021 03:21:55 p. m.
Médico:			Lugar de Entrega:	
Servicio:	Ambulatorio		Nr. Cama:	
Empresa:	VIRREY SOLIS I.P.S SA		Num Muestra:	
Sucursal:	VIRREY MONTERIA CONTRIBUTIVO		Prioridad:	Rutina
			Toma de Muestra:	

Análisis	Resultado	V/Referencia

Responsable: GLORIA PATRICIA PARRA 19/01/2021 05:12:50 a. m.
Cargo: BACTERIOLOGA REG 05276 - Tarjeta Prof. 43205163

HEMOGRAMA(Hb,Hto,ROJOS,BLANCOS PLAQUETAS ETC)

Técnica: Citometría de Flujo e Impedanciometría
Metodo: metodo

Velocidad de sedimentación globular (Automatizada)	*	41 mm	0 - 20 mm

Técnica: fotometría capilar

Responsable: JACQUELINE ANDREA PARRA LOPEZ 19/01/2021 06:25:50 a. m.
Cargo: BACTERIOLOGA REG 50-16301

HEMOGRAMA(Hb,Hto,ROJOS,BLANCOS PLAQUETAS ETC)

Técnica: Citometría de Flujo e Impedanciometría
Metodo: metodo

Morfología eritrocitaria	Normal	
Técnica: Citrometría de Flujo		
Estudio Leucocitario		
Recuento de Leucocitos	7033 cels/mm3	3700 - 10100 cels/mm3
Recuento diferencial (Relativo)		
Polimorfo nucleares neutrofilos	61.7 %	39.3 - 73.7 %
Linfocitos	28.8 %	18 - 48.3 %
Monocitos	7.8 %	0 - 10 %

RESULTADOS
DE EXÁMENES

SYNLAB

Paciente:	**MARICELA ORTIZ OCHOA**			Orden de Trabajo:	**01181714**
Identificación:	**26766841**	Historia Clínica:		Fecha de Recepción:	18/01/2021 08:58:52 a. m.
Edad/Sexo:	43 A Femenino	Teléfono:	3135697994	Fecha de Impresión:	20/01/2021 03:21:55 p. m.
Médico:				Lugar de Entrega:	
Servicio:	Ambulatorio			Nr. Cama:	
Empresa:	VIRREY SOLIS I.P.S SA			Num Muestra:	
Sucursal:	VIRREY MONTERIA CONTRIBUTIVO			Prioridad:	Rutina
				Toma de Muestra:	

Análisis		Resultado	V/Referencia
Polimorfo nucleares eosinofilos		0.45 %	0 - 7 %
Polimorfo nucleares basofilos	*	1.2 %	0 - 1 %
Recuento diferencial (Absoluto)			
Polimorfo nucleares neutrofilos		4339.4 cels/uL	1630 - 6960 cels/uL
Linfocitos		2025.5 cels/uL	1090 - 2990 cels/uL
Monocitos		548.6 cels/uL	300 - 900 cels/uL
Polimorfo nucleares eosinofilos		31.6 cels/uL	0 - 500 cels/uL
Polimorfo nucleares basófilos		84.4 cels/uL	0 - 200 cels/uL
Morfología leucocitaria		Normal	
Técnica: Citometría de flujo			
Estudio Plaquetario			
Recuento de plaquetas		191 *10^3/mm3	150 - 450 *10^3/mm3
Volumen plaquetario medio	*	12.1 fL	4.5 - 10 fL
Morfología plaquetaria		Normal	
Técnica: Citometría de flujo			

Responsable: GLORIA PATRICIA PARRA 19/01/2021 05:12:50 a. m
Cargo: BACTERIOLOGA REG 05276 - Tarjeta Prof. 43205163

VIGILADO Supersalud

Procesado en Laboratorio Habilitado SYNLAB Colombia SAS
Con el respaldo científico de los Laboratorios Miembros del GRUPO SYNLAB: Laboratorio Angel, Laboratorio Clínico Synlab Colombia, Laboratorio Clínico Botero Sonin, Instituto de referencia Andino, Laboratorio Clínico Siplas y Laboratorio Clínico Andreas Rothstein

RESULTADOS
DE EXÁMENES

SYNLAB

Paciente:	**MARICELA ORTIZ OCHOA**			Orden de Trabajo:	**01181716**
Identificación:	**26766841**	Historia Clínica:		Fecha de Recepción:	18/01/2021 08:59:03 a. m.
Edad/Sexo:	43 A Femenino	Teléfono:	3135697994	Fecha de Impresión:	20/01/2021 03:21:44 p. m.
Médico:				Lugar de Entrega:	
Servicio:	Ambulatorio			Nr. Cama:	
Empresa:	VIRREY SOLIS I.P.S SA			Num Muestra:	
Sucursal:	VIRREY MONTERIA CONTRIBUTIVO			Prioridad:	Rutina
				Toma de Muestra:	

Análisis	Resultado	V/Referencia
Colesterol Total	168 mg/dL	120 - 200 mg/dL

Técnica: Colorimétrica

Interpretación (Guías ATP III del NCEP):
Nivel Deseable: Menor de 200 mg/Dl
Nivel en Limite Alto: 200 mg/dL - 239 mg/dL
Nivel Francamente elevado: Mayor de 240 mg/dL

Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su médico analiza individualmente

Tatiana Vélez S

Responsable: TATIANA PATRICIA VELEZ SOTO 19/01/2021 05:06:46 a. m.
Cargo: BACTERIOLOGA PROCESOS REG 85-236-2013

Colesterol de Alta Densidad (HDL)	44 mg/dL	40 - 60 mg/dL

Técnica: Enzimática

Tatiana Vélez S

Responsable: TATIANA PATRICIA VELEZ SOTO 19/01/2021 05:06:47 a. m.
Cargo: BACTERIOLOGA PROCESOS REG 85-236-2013

Triglicéridos	67 mg/dL	50 - 150 mg/dL

Técnica: Colorimétrica

Interpretación (Guías ATP III del NCEP):
Limite normal alto: 150-199 mg/dL
Limite alto: 200-499 mg/dL
Limite muy alto: Mayor de 500 mg/dL

Salud Ocupacional Total

"Porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL y una OBLIGACIÓN LEGAL"

Nit. 900.408.285-1

Dirección: Calle 29 No. 11 - 05 B/ El Edén
Tel: 7970109 Cel: 314 5082752 – 310 5281220
Email: saludocupacionaltotal@hotmail.com
Montería, Córdoba - Colombia

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente: MARICELA ORTIZ OCHOA
Sexo: F **Fecha de Nacimiento:** 1977-04-14 **Edad:** 41 A
Dirección CLL 32A N 1W -95
Empresa: SENA PARTICULAR
Empresa en misión: SENA PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 26766841

Teléfono: 3135697994



EVALUACION REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 0030999 **Fecha apertura:** 20190129 10:52:00
Fecha cierre: 20190130 16:32:19
Realizado en: Monteria-Córdoba

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

EXAMENES REALIZADOS

E.M.O DE INGRESO CON ENFASIS PSICOMETRICO.,HEMOGRAMA TIPO I,GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO,OPTOMETRIA

PRUEBA OPTOMETRIA

ORGANO / SISTEMA

Agudeza Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Refracción	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Adición		neutro		nuetro
Refracción subjetiva	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Adición		neutro		neutro
Oftalmoscopía	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Fondo sano		normal		normal

Resultado Prueba

Resultado: Emetrope
Recomendación: Control Anual .

Observación:

Salud Ocupacional Total

"Porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL y una OBLIGACION LEGAL"

Nit. 900.408.285-1

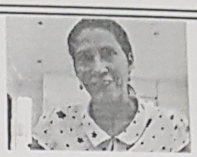
Dirección: Calle 29 No. 11 - 05 B/ El Edén
Tel: 7970109 Cel: 314 5082752 – 310 5281220
Email: saludocupacionaltotal@hotmail.com
Montería, Córdoba - Colombia

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: MARICELA ORTIZ OCHOA
Sexo: F **Fecha de Nacimiento:** 1977-04-14 **Edad:** 41 A
Dirección CLL 32A N 1W -95
Empresa: SENA PARTICULAR
Empresa en misión: SENA PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 26766841

Teléfono: 3135697994



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 0030999 **Fecha apertura:** 20190129 10:52:00
Fecha cierre: 20190130 16:32:19
Realizado en: Monteria-Córdoba

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

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

EXAMENES REALIZADOS

E.M.O DE INGRESO CON ENFASIS PSICOMETRICO.,HEMOGRAMA TIPO I,GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO,OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES LABORALES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

FOMENTOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Anual .

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: RITA ESTHER MUENTES GONZALEZ
Especialidad: Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 003482 **Registro No.:** 5-6894-11

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 26766841

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARICELA ORTIZ OCHOA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26766841 realizó el día 19/02/2021 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 MARICELA ORTIZ OCHOA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26766841 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.

03/19/2021

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

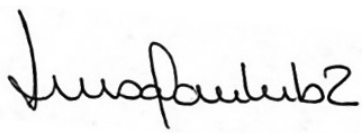
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARICELA ORTIZ OCHOA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 26.766.841, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2021 y fecha fin de contrato 27/11/2021 con riesgo 2.

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): 202101012443834.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Viernes, 19 de Febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARICELA ORTIZ OCHOA identificado(a) con CC 26766841, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09100032691	2019/01/30	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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

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

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401247209

PÓLIZA No: 540 - 47 - 994000014288 ANEXO: 0

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

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	11	02	2021

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	11	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **MARICELA ORTIZ OCHOA** IDENTIFICACIÓN: CC **26.766.841**

DIRECCIÓN: CALLE 32A 1 W 95 CIUDAD: MONTERIA, CORDOBA TELÉFONO: 7919100

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	10/02/2021	30/04/2022	3,258,112.00

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 DE CONTRATO N° CO1.PCCNTR.2231829 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER - INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO SER.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,258,112.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ARACELYS JUDITH SANCHEZ VERGARA	2825	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)000000000007000540124720

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CBDC20790D0BFB7C5F

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

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