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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**05767-675285**
No. de documento	**54930**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA	**C.C.**	39.574.362	**IP/Nº de contacto**	14446
Correo electrónico contratista:	paolagiraldo@misena.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** 20505733627

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: 2387249/2021 **Nº Compromiso SIIF** 58421

Valor Total del Contrato	$ 34.710.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.710.000	**1**	**Del**	**26/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 650.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.060.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMAT

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 650.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 650.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 406.275**		**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	----------	**N./A.**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 151.421	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 19.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 24.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 800	$ 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	$ 65.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 135.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	406.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	606.700,00	
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	5.861,00	0,966%
-	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	**$ 644.139,00**	

SON: SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Participación en la planeación del proceso de formación con el equipo ejecutor.
Obligación 3. Se adelanto la solicitud escrita para realizar inscripción al curso Territorium.
Obligación 4. Participación en inducción y entrenamiento Territorium.
Obligación 16. Realice curso de Inducción SST modulo 1 y 2, curso de bioseguridad.
Obligación 23. Se cumplieron con las horas asignadas para este mes (26 horas), de acuerdo a los días en que se inicio del contrato.
Obligación 24. Se entregron informes de ejecución contractual

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.

39574362
MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA
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,

HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA
INSTRUCTOR

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **39574362** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39574362
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	31/01/2021
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	73
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/03/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39574362,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de marzo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39574362, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 26/03/2021 y fecha fin de contrato 22/12/2021 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101487790.

Esta certificación se expide a los 08 días del mes de Abril de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS S.A.S
Salud Empresarial y Auditoría Médica

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

CONCEPTO SOCIAL Y MENTAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
19	3	2021	IBAGUE	Ingreso	X	Egreso		Periódico	
DD	MM	AAAA	CIUDAD						

Trabajo en Alturas		Porte de Armas		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA -

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

MARIA	PAOLA	GIRALDO	HERRERA	Doc. identificación	
					39.574.362
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo	Número

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACION SUICIDA	NO REPORTA	X	REPORTA			
ESTADO SOCIAL	SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJO	X	MEDIA		ALTA	
ACROFOBIA	BAJA	X	MEDIA		ALTA	
Observación	**NINGUNA**					
CONCEPTO PSICOLOGICO	**APTO Cumple con todos los criterios**	X	**APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.**		**NO APTO Alto riesgo.**	

PSICOLOGO LICENCIA S.S.T NO 266 del 2018
Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 10413

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.344

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	03 MES	2021 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA	FEMENINO	43 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	39574362 (Número)

Cargo	Dependencia del Trabajador
INSTRUCTORA PRESENCIAL AREA APOYO ADMINISTRATIVO	**SENA REGIONAL TOLIMA - CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	✓
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	✓
AUDIOMETRIA SOD	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO EN CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA, SE DAN RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE PESO. SE RECOMIENDA USO DE LENTES FORMULADOS, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS. SE DAN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN TORNO A COVID 19. SIN RESTRICCIÓN MÉDICA PARA EL CARGO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 		Firma: 
Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA	Código de Seguridad	Nombre: GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA
R. M.: 17085 L.S.O.: 73305	X579D1J7344	CC: 39574362

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 4,229**

Fecha: 19/03/2021 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 39574362 **Nombre:** GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA **Edad:** 43 AÑOS 2
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA PRESENCIAL AREA APOYO ADMINIS **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** HACE UN AÑO
Lugar del Último Examen: NO RECUERDA **Motivo Consulta:** INGRESO OCUPACIONAL

ANTECENDENTES VISUALES	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI, POR MIOPIA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA
ASINTOMÁTICO

MOVIMIENTOS OCULARES
NORMALES

VISIÓN CROMÁTICA
ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A
O.I:	NO APLICA	N/A	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	0.5	N/A	NO APLICA	20/ 20	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES
CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EN LA EPS, USO DE LENTES FORMULADOS.

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA
R. M.: 17085 **L.S.O.:** 73305

PACIENTE

Firma:
Nombre: GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA
CC: 39574362

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1898**

Fecha: 19/03/2021 **Ciudad:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SURA
CC: 39574362 **Nombre:** GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA **Edad:** 43 AÑOS 2 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 15/01/1978 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Ocupacion:** INSTRUCTORA PRESENCIAL AREA APO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SI	INSTRUCTORA PRESENCIAL	NINGUNA	NO APLICA	6	0

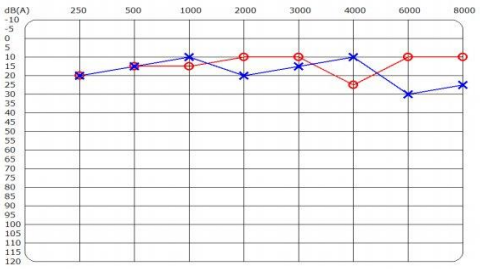
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA25 **F. Ultima Calibración:** 2019-11-28

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: LIBRE DE CERUMEN
Oído izquierdo: LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	15	15	10	10	25	10	10
VAOI	20	15	10	20	15	10	30	25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

REPOSO AUDITIVO ESTRALABORAL

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA
R. M.: 17085 **L.S.O.:** 73305

TRABAJADOR



Firma:
Nombre: GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA
CC 39574362

02700346

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

Paciente : GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA
Historia : 39574362
Identificación : 39574362
Edad/Sexo : 43 / F
Telefono : 3108534041
Remisión : 02700346

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2021-03-19 09:45:23
Fecha Impresión : 2021-03-19 12:26:33.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
Hemograma Tipo III - Método Automático				
Recuento de Eritrocitos	**5.54**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**14.1**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**46.82**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**85**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**25.5**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**30.2**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**16.5**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**342**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**9.0**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**39.8**			
Plaquetocrito	**0.31**			
Recuento de Leucocitos	**6.33**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**64.5**	%		
% Linfocitos	**33.7**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**1.8**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**4.08**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**2.13**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.11**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2021-03-19 / 10:39

Validado por:

GREIS MARITZA CABRERA SANTACRUZ
BACTERIOLOGA
T.P 37.083.538

QUIMICA

ADVERTENCIA LEGAL

Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

02700346

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

Paciente : GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA
Historia : 39574362
Identificación : 39574362
Edad/Sexo : 43 / F
Telefono : 3108534041
Remisión : 02700346

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2021-03-19 09:45:23
Fecha Impresión : 2021-03-19 12:26:33.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Triglicéridos

Trigliceridos **74** mg/dl

> 500 mg/dL MUY ALTO
200 - 499 mg/dL ALTO
150 - 199 mg/dL DUDOSO
Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2021-03-19 / 12:26

Colesterol Total

Colesterol
RESULTADO **202.2** mg/dl

Optimo : Hasta 200 mg/dl
Moderado: 200 - 239 mg/dl
Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2021-03-19 / 12:26

Glucosa

-

Glucosa **94.53** mg/dl 70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2021-03-19 / 12:26

Validado por:

GREY CECILIA OCHOA DURÁN

UROANALISIS

ADVERTENCIA LEGAL

Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

Paciente	: GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA	**Origen**	: IBAGUE - TOLIMA
Historia	: 39574362	**Convenio**	: DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Identificación	: 39574362	**Fecha Recepción**	: 2021-03-19 09:45:23
Edad/Sexo	: 43 / F	**Fecha Impresión**	: 2021-03-19 12:26:33.
Telefono	: 3108534041	**Empresa**	:
Remisión	: 02700346		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
UROANALISIS			
Uroanálisis [Citoquímico de Orina]			
UROANALISIS			
ANALISIS FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**LIGERAMENTE TURBIO**		
PH	**6.0**		
Densidad	**1020**		
Glucosa	**NEGATIVO**		
Proteinas	**NEGATIVO**		
Cetonas	**NEGATIVO**		
Bilirrubinas	**NEGATIVO**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
Sangre (Hemoglobina)	**(+)**		
Nitritos	**NEGATIVO**		
Leucocitos	**NEGATIVO**		
ANALISIS MICROSCOPICO			
Células epiteliales	**2-4**	/campo	
Leucocitos	**0-2**	/campo	
Eritrocitos	**6-8**	/campo	
Bacterias	**ESCASAS**		

Fecha / Hora Validado : 2021-03-19 / 11:42

Validado por:

CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
944227695

ADVERTENCIA LEGAL

Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@bioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14749507004

(415)7707212489984(8020) 000001474950700 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 5 7 4 3 6 2	6	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

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 9 5 7 4 3 6 2	1 9 9 6 0 7 0 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO	HERRERA	MARIA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal: MZ 14 CA DOS BRR ESMERALDA II

42. Correo electrónico: doralgi1@hotmail.com

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

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 0 6 0 2 0 1	8 5 4 1	2 0 0 6 0 2 0 1		7 4 9 0	6 6 2 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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
EL TRAMITE

Fecha generación documento PDF: 25-03-2021 01:28:20PM

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-44-101165983	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
26	03	2021	26	03	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	GIRALDO HERRERA, MARIA PAOLA		CC: 39.574.362
DIRECCIÓN: CR 82 C NRO. 19 - 39 PI 2	CIUDAD: MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO:	5868623

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL DISTRITO CAPITAL-CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 65 - 10	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5461687

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.2387249 DE 2021, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL AREA TEMATICA DE FORMACION VIRTUAL TITULADA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/03/2021	30/04/2022	$3,471,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,471,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

11-44-101165983

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-44-101165983	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
26	03	2021	26	03	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	GIRALDO HERRERA, MARIA PAOLA		CC: 39.574.362
DIRECCIÓN: CR 82 C NRO. 19 - 39 PI 2	CIUDAD: MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO:	5868623

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL DISTRITO CAPITAL-CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 65 - 10	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5461687

ADICIONAL:

PUGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · corresponsal

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,471,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11000617771178(3900)000000033320(96)20220326

REFERENCIA PAGO: 1100061777117-8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39574362 realizó el día 07/04/2021 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 MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39574362 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39574362 realizó el día 07/04/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39574362 realizó el día 07/04/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39574362 realizó el día 07/04/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Certificado Bancario

Miércoles, 17 de Marzo de 2021

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA identificado(a) con CC 39574362, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20505733627	2001/04/23	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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

Bogotá, 31 de marzo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47'978.000)
e. Por el año gravable 2020, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020 no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 31 días del mes de marzo de 2021

_____

MARIA PAOLA GIRALDO HERRERA

C.C. 39574362

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1016599222	Sofia Parra Giraldo	**HIJA**

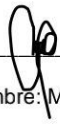
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



Nombre: Maria Paola Giraldo Herrera

C.C. 39574362 de Girardot (C/marca.)

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1016599222

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51146315

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1005

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PARRA **********	GIRALDO **********

Nombre(s)
SOFIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes DIC Día 11	Femenino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11020852-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GIRALDO HERRERA MARIA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadania 39574362	Colombia

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
PARRA SALAZAR XAVIER ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadania 80040662	Colombia

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PARRA SALAZAR XAVIER ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de Ciudadania 80040662	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2011 Mes DIC Día 14	LILYAM EMILCE MARIN ARCE (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	LILYAM EMILCE MARIN ARCE
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 355 F 275

ESPACIO EN BLANCO

NOTARIA 5B

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 5ª DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y 1ro DECRETO 2158 DE 1970 ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO ARTICULO 2 DECRETO 2180 DE 1.983

SERIAL Nº: 51146315
BOGOTA D.C.; 2019-10-11 (AAAA-MM-DD)

CON DESTINO AL INTERESADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 5a
BOGOTA, D.C.
NELSON FLOREZ GONZALEZ
Notario (E)

NELSON FLOREZ GONZALEZ
NOTARIO QUINTO (5°) DEL CIRCULO DE BOGOTA

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA 5a