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 DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS A
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	**952310**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**70456-336651**
No. de documento	**99582**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO	**C.C.**	78.748.200	**IP/Nº de contacto**	3046762377
Correo electrónico contratista:	juniorhaylock24@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0470346545	
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:	2192337/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**82521**	
Valor Total del Contrato	$ 26.950.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.950.000	**1**	**Del**	**29/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 350.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.600.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 350.000	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	**$ 350.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 98.550**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 32.850	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	98.550,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	91.000,00	
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	182,00	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	**$ 349.818,00**	

SON: TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

0FERTA REGULAR

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.

JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO
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,

YINA LIBIA HOYOS MARTINEZ
PROFESIONAL G03

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

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

mutualser
Atención sin barreras visibles
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00003215-SM

Fecha de Radicación: 07 05 2021

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DE TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( )	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de -Beneficiario o Afiliado (X)	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )
		C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. ( )	A. ( ) B. Independiente (X) C. ( )	

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

6. Apellidos y Nombres			
HAYLOK	GUERRERO	JUNIOR	ENRIQUE
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 78748200	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 24 10 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: ( ) Condición: ( )		( )	NO

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
NINGUNA	PROTECCION	908526

18. Residencia			
MZ 78 LT 22		3046762377	JUNIORHAYLOCK24@GMAIL.COM
MONTERIA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana (X) Rural ( )	LA PRADERA (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad ( )	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

32.	Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urban	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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		
B 1		
B 2		
B 3		
B 4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de identidad	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO	CC	78748200	Independiente

39. Ubicación				
LA GRANJA (Dirección)	Teléfono	JUNIORHAYLOCK24@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino [ ]	Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 2 5 0 4 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

- [x] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
78748200	78748200

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: 0 — Total 0
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 conste 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: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

mutualser

Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **78748200** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MEDISINU IPS S.A.S.**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**16/01/2018**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 07 de mayo del 2021. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14511096845

(415)7707212489984(8020) 000001451109684 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 8 7 4 8 2 0 0	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	78748200	1 9 9 4 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HAYLOK	GUERRERO	JUNIOR	ENRIQUE

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: MZ 78 LT 22 ET 2 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico: juniorhaylock24@gmaill.com

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

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 0 1 0	2 0 0 0 1 2 0 9					

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										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2019 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
E-mail: servilabdelcaribe@gmail.com
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	16 abr. 2021 02:20:08 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 1 de 4	
Paciente	**HAILOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE**		Sexo M	Edad 46A 5M 23D		**Nro. De Recepción**	**21068**
Identif.	CC 78748200	Teléfono 3046762377		Fecha De Recepción		16 abr. 2021 07:24:18 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

1 . GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS

Glicemia en Ayunas	88	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:16 pm

2 . Colesterol total sérico 165 mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo: Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .....170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:16 pm

3 . Colesterol HDL 43 mg/dL 35 a 55

INTERPRETACION

Bajo.....<40mg/dL
Elevado(Deseable).....>60mg/dL

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:19 pm

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
E-mail: servilabdelcaribe@gmail.com
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	16 abr. 2021 02:20:08 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 2 de 4	
Paciente	**HAILOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE**		Sexo M	Edad 46A 5M 23D		**Nro. De Recepción**	**21068**
Identif.	CC 78748200	Teléfono 3046762377		Fecha De Recepción		16 abr. 2021 07:24:18 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
4 .	Colesterol LDL	92.6	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

	Colesterol VLDL	29.4	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referencia:
Menor de 50 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:20 pm

5 .	Trigliceridos sérico	147	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 160 mg/dl
Intrmedio Alto: De 160 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:16 pm

HEMATOLOGIA

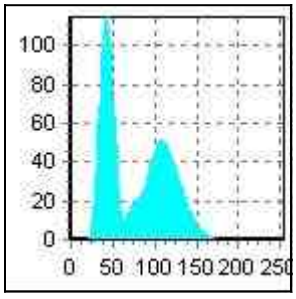
LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
E-mail: servilabdelcaribe@gmail.com
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	16 abr. 2021 02:20:08 pm	RESULTADOS				Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 3 de 4	
Paciente	**HAILOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE**		Sexo M	Edad 46A 5M 23D		**Nro. De Recepción**	**21068**
Identif.	CC 78748200	Teléfono 3046762377		Fecha De Recepción		16 abr. 2021 07:24:18 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

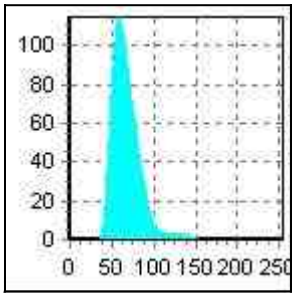
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
6 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Hemoglobina	12,80	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	41	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,84	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	84,70	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	26,40	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	31,20	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	15,20	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	41,90	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	4,91	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	46,20	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	2,27	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	46,10	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,26	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	7,70	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,38	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	281	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,30	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,80	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,10	fL	6,50 a 12

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 16 abr. 2021 02:19 pm

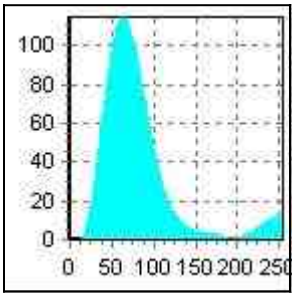
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



Luis Segura Calao
BACTERIOLOGO
T.P. 07457
UNIVERSIDAD DE CORDOBA

LUIS MIGUEL SEGURA CALAO

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: (4) 789-07-43
E-mail: servilabdelcaribe@gmail.com
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

Impreso	16 abr. 2021 02:20:08 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20170721	
Sede	**LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE**					Página 4 de 4	
Paciente	**HAILOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE**		Sexo M	Edad 46A 5M 23D		**Nro. De Recepción**	**21068**
Identif.	CC 78748200	Teléfono 3046762377		Fecha De Recepción		16 abr. 2021 07:24:18 am	
Entidad	SENA EXAMENES OCUPACIONALES		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

Resultados	Unidades	Valores Referencia
		BACTERIOLOGO UNIVERSIDAD DE CORDOBA

ÓPTICA 20/20 Visual Center
Nit.900.590.436-2
Calle 30 No. 5-05
Tel:781 7624 / 781 5100
Cel: 318 8074155 - 312 842 94 39
optica20.20visualcenter@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

No.

Fecha: 6/04/2021

Identidad: R.C. T.I. C.C. X No: 76746200 Nombres: Junior Enrique Apellidos Haylot Guerrero

Fecha Nacimiento: 24-10-1984 Edad: 46 A Ocupación: Instructor Estado Civil: Casado Sexo: F M

Dirección: Cra 13 #22 C 12 Tel: 3046962377 Ciudad: Montería Entidad: Palm Ser

Nombre Responsable: Juan Haylot Tel: Parentesco: Hijo.

Nombre Acompañante: Tel: Parentesco:

Aseguradora: Tipo de Vinculación: Tipo de Consulta: ☐ 1ra Vez ☐ Repetida

M.C: Vision borrosa en Vp, Reporte laboral.

A.P: No hta, No angina, No fiebre, no contact Pte covid-19
Cx Apendice ± 20 Años Alergia Penicilina

A.F: Negativo.

Rx en uso			A.DD	A.V VL	A.V VP
AVCC	OD				
	OI	No trae Rx			

		VL	VP	PH
AV SC	OD	20/20		
	OI	20/25		

P.P.C: Obj: 12 Luz 4 FR 16 Ojo Dominante Derecho

Covertest V.L: Ø V.P: Ø

		A.V.			
Retracción:	OD	20/25	Queratometría:	OD	
	OI	Dentro		OI	ND
Subjetivo:	OD	Dentro	20/20	Cicloplejia:	OD
	OI	Dentro	20/20		OI ND

LC: OD OI

EXAMEN EXTERNO

O.D: Normal

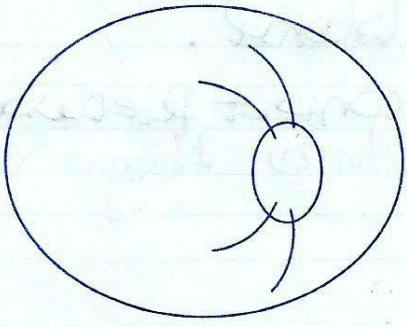
Pestañas
Parpado
Cornea
Conjuntiva

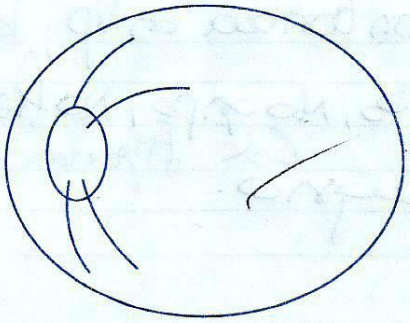
O.I: Normal

OFTALMOSCOPIA

O.D: Normal

O.I: Normal.





Rx Final

A.V.

OD +025 20/20
OI Neutro

Tipo de Lente: Bifocal
D.P: 67/65
Filtro: Asa

ADD: +1.75

Uso: Cercanos

Dx: Esotropia AO, Presbicia AO
Disposición: Solo Cercanos
Control:

Observaciones: Buena Agudeza Visual Binocular Con Adecuada Estereopsis 100"

Universidad Santo Tomás
Optometría - USTA
Firma del Profesional
Reg: 16998 - 2011

Firma del Paciente

Hace constar:

Que el Sr(a) JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78748200 realizó el día 18/05/2021 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 JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78748200 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
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

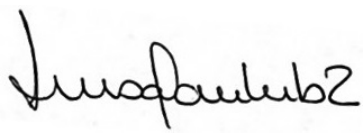
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 78748200, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 30/04/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101015196126.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

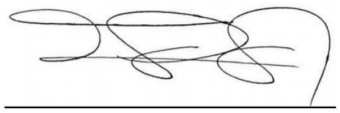
Que nuestro(a) cliente JUNIOR ENRIQUE HAYLOK GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 78,748,200 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 0470346545 aperturada el 9 de enero de 2019 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 15 de abril de 2021.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0470346545
Cuenta de 16 dígitos:	0470000200346545
Cuenta de 20 dígitos:	00130470000200346545

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-46-101005503	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
30	04	2021	05	04	2021	00:00	31	03	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
HAYLOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE		78748200	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
MZ 78 LT 22 ET 2 BRR LA PRADERA	MONTERIA - CORDOBA	3046762377	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
CL 4 NRO. 2 - 80	MONTERIA - CORDOBA	3261666	

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.2192337 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CORDOBA EN EL AREA DE COMERCIO Y VENTA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/04/2021	31/03/2022	$ 2,695,000.00

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	$ 2,695,000.00	30/04/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MENDOZA ROMERO CIA LTDA	153932	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 28 NO.1-23 LOCAL 3 - Teléfono: 7813230 - MONTERIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 53461010055030

FECHA	
30/04/2021	

RECIBIMOS DE: HAYLOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE C.C. 78748200

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 53-46-101005503

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MONTERIA - CU. ESTATAL - 101005503 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MENDOZA ROMERO CIA LTDA - 153932	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 53461010055030

FECHA	
30/04/2021	

RECIBIMOS DE: HAYLOK GUERRERO JUNIOR ENRIQUE C.C. 78748200

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 53-46-101005503

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MONTERIA - CU. ESTATAL - 101005503 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MENDOZA ROMERO CIA LTDA - 153932	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA