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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	68
Código Centro	954110
Fecha Elaboración	31 de Julio de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	99557-409252
No. de documento	168532

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA / oacelas@misena.edu.co	C.C.	91.074.166	IP/Nº de contacto	3228865153
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:		Tipo de cta		Nº Cuenta			
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:	2687137/2021		Nº Compromiso SIIF	114721	
Valor Total del Contrato	$ 18.590.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.590.000	1	Del 26/07/2021	Al 31/07/2021	$ 650.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.940.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como Instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área de sistemas , en los diferentes programas que atiende el Centro Agroturistico Regional Santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 650.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383*	0,00%
		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	**$ 244.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	Dec-1273/18	Valor Base retención en la fuente	244.500,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	391.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0	IVA (SI es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 9.500	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 65.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 81.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (SI tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 650.000,00**	

SON: SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2383142 - CC: Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información AA: Desarrollar funciones de una hoja de cálculo según las características de las operaciones a realizar según acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos. (del 29 al 31de Julio - 15 Horas)

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.

OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G14

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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 05 de agosto de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

T.I.	**1100957993**	**DAVID ACELAS PATIÑO**	**HIJO**

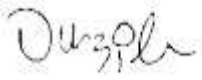
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



FIRMA

Nombre: OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA

C.C. 91.074.166 DE SAN GIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.100.957.993

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41524497

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código | RH

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACELAS	PATIÑO

Nombre(s)

DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 3 Mes D I C Día 3 0	MASCULINO	A	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacido vivo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	58092143-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PATIÑO GALVIS CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 37.696.913	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.074.186	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91.074.186 DE SAN GIL	

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 autorizado
Año 2 0 0 3 Mes E N E Día 0 7	JOSE URIEL DE ANTONIO AREVALO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4152449 7

Certificado de Afiliación

El Señor OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA , identificado con Cédula Ciudadania 91.074.166, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA		
Número de identificación:	91074166	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadania
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CARRERA 14 A 22 05	Municipio residencia:	Pamplona
Teléfono actual de residencia:	7238546	Depto. Residencia:	NORTE DE SANTANDER

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
91074166	OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA	01/07/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1100957993	TI	DAVID ACELAS PATIÑO	01/08/2017	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 6 días del mes de Julio de 2021, a solicitud del interesado.

"INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION"

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Dayana Stefany Moreno Sanmiguel

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA identificado(a) con C.C No. 91.074.166, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de junio del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14768950317

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 0 7 4 1 6 6	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	9 1 0 7 4 1 6 6	1 9 9 1 0 7 2 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACELAS	MEJIA	OSCAR	JAVIER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal: CR 14 A 22 05

42. Correo electrónico: oscar.acelas@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 0 9 0 5 0 1	7 4 9 0	2 0 0 6 0 2 0 1			3 1 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 22 49

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021-07-23 18:00:17

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: ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-07-2021 06:00:49PM

Julio 01 de 2021

EVALUACIÓN PSICÓLOGICA

Evaluado: OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA Edad: 49 AÑOS

Masculino de 49 (cuarenta y nueve) años de edad, quien presenta prueba psicológica para admisión en el SENA (El Servicio Nacional de Aprendizaje). Se presenta con buen porte y actitud, orientado, dispuesto y colaborador.

Técnicas aplicadas; observación y test wartegg.

Durante la prueba y aspectos arrojados de la misma se logra evidenciar que; Persona con perfil equilibrado, seguro, confianza en sí mismo, ambicioso que acepta competir con los demás para alcanzar sus objetivos de manera racional, con actitud asertiva y siendo consciente de sus posibilidades y limitaciones, tiene claridad sobre sus proyectos. Buena asociación y síntesis.

Habilidad para entregarse, adaptarse al medio y relacionarse, asumiendo sus espacios, buen dinamismo y vitalidad, canaliza de manera adecuada su energía.

Persona que necesita mayor tiempo para conocer a los otros antes de involucrarse, dirige sus logros hacía áreas específicas. Control de la agresividad y tendencia pasiva.

Capacitado y dispuesto para enfrentar nuevos retos SIN índices de alteraciones psicológicas (estado de ánimo, memoria, juicio y raciocinio).

Daniela González Rodríguez
Psicóloga - UNAB
T.P. 189273

PSICÓLOGA

USO CONFIDENCIAL

OPTICA IMPERIALL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

Carrera 9 No.11-51
San Gil -Santander
Teléfono: 3102466680

OPTOMETRÍA

FECHA: 02/07/21

NOMBRE COMPLETO: Oscar Javier Acelas Mejia.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91 074 166 EDAD: 49.

NÚMERO DE CELULAR: 3229865153

ULTIMO CONTROL 2014.

MC:

1 AGUDEZA VISUAL: SC X CC___ RX EN USO: ESTADO:

VL OD 20/20 VP OD 20/20- OD

OI 20/20 OI OI

2 OFTALMOSCOPIA:

OD RAP 13

OI EXO.

3 MOTOR:

CVT: VL: ϕ VP: X PPC: 7cm

DUCCIONES: ↷ VERSIONES: Off HIRSCHBERG: Centrado.

4 ESTADO REFRACTIVO (RX FINAL)

OD Neutro AV 20/20 ADD 1.75. AV 20/20.

OI +0.25 sph.. AV

5.ÉXAMEN EXTERNO:

OD Conjuntiva en reposo OI Cristalino en posición.

6 DIAGNÓSTICO:

OD Emetrope OI: Aparemetrope.

7. CONDUCTA

Fedar RX Apta en ambos ojos.

OPTÒMETRA

Angie Arevalo Serrano
OPTÓMETRA
Universidad de
C.C. 1.101.691.

Escaneado con CamScanner

Pinzón Vargas - Salud Ocupacional

Fonoaudiología

CALLE 11 No. 10-26

CONSULTORIO 206 SAN GIL

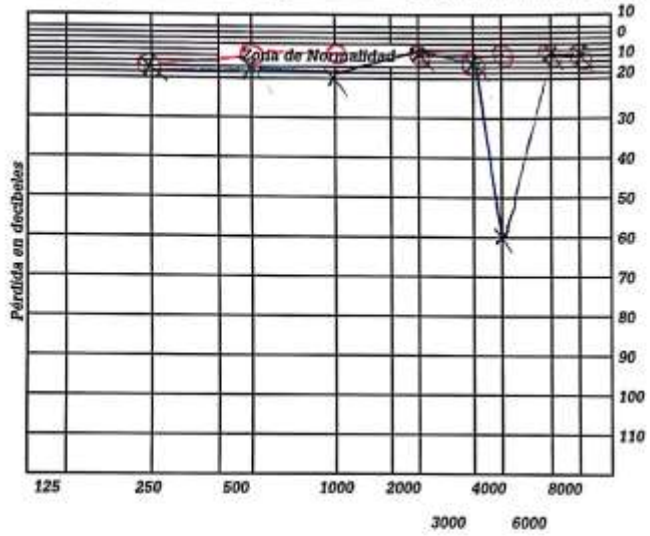
SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA

ESTUDIO AUDIOLOGICO

Nombre Oscar Javier Arcos Mejía Edad 49 Fecha 30/07/2021

Remitido por _____ Equipo BELTONE 112

Historia No. 91.074.766 ESCALA: Americana ( ) Internacional ( )



Escala Internacional Propuesta

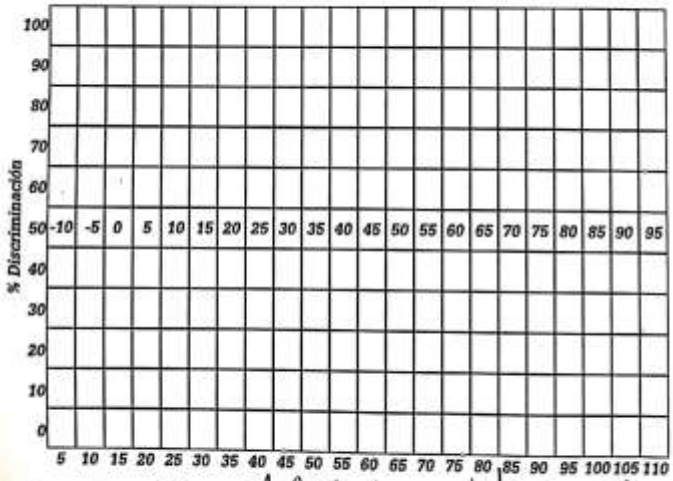
O.D.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.	○	<
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin Lateraliza	△	⊏
Con ensordecim. y con Lateraliza		

O.I.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.	X	>
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin Lateraliza	□	⊐
Con ensordecim. y con Lateraliza		

Promedio Pérdida O. D. _____

Promedio Pérdida O. I. _____

LOGOAUDIOMETRÍA



	O.D.	O.I.
Umbral Voz		
Umbral Palabra		
50% Discriminación		
100% Discriminación		

Ximena P. Juarez Parda
FONOAUDIOLOGA UDES
Fonoaudiologo (a)

Observaciones: Sensibilidad auditiva Normal OD, OI con descenso en 4000 Hz

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO LIGIA VARGAS CH. Bacterióloga UIS

Calle 11 N° 10-26 Consultorio 209 Teléfono 7243269 Celular 3153137009

SAN GIL

Nombre	Identificación	Fecha
OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA	C.91074166	02/07/2021
Sexo	Fecha de Nacimiento	
Masculino	28/06/1972	
Análisis realizado por	DRA. JOHANNA LIZETH ACOSTA W. REGISTRO PROFESIONAL 6866	
15492		

Técnica	Resultado	Unidades	Rango de referencia
GLUCOSA EN AYUNAS	96,5	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	210,0	mg/dL	0-200
COLESTEROL HDL	48,0	mg/dL	35-60
COLESTEROL LDL	128	mg/dL	0-100
TRIGLICÉRIDOS	168,1	mg/dL	0-150

Johanna Lizeth Acosta W.
C.C. 37.899.214
Bacterióloga - UDES

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO LIGIA VARGAS CH.

Calle 11 Nº 10-26 Consultorio 209 Tel.7243269

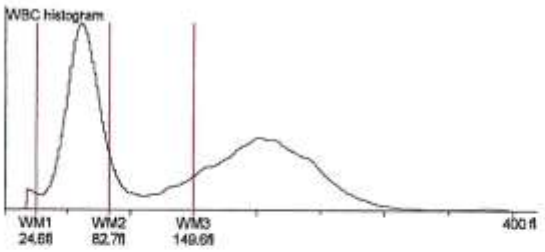
SAN GIL

Report date: 2021-07-02 10:05

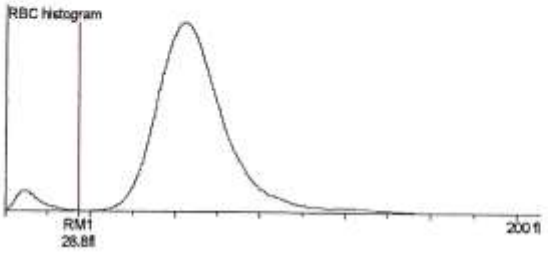
Patient ID:	91074166	Birth date:	1972-06-28
Name:	OSCAR JAVIER ACELAS	Sex:	Male

Measure type:	Male	Doctor:	
Sample ID:	15492	Date:	2021-07-02

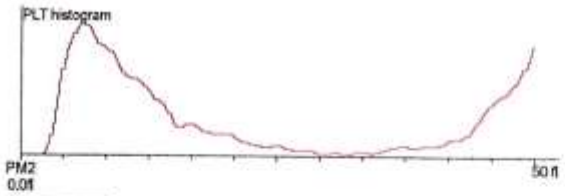
Parameter:		Result:	Limit:	
WBC:		6.26	10^3 /µl	[5.00 - 11.60]
LYM:		2.74	10^3 /µl	[1.30 - 4.00]
MID:	-	0.09	10^3 /µl	[0.30 - 1.00]
GRA:		3.43	10^3 /µl	[2.40 - 7.60]
LYM%:		43.70	%	[19.1 - 48.5]
MID%:	-	1.40	%	[4.5 - 12.1]
GRA%:		54.80	%	[43.6 - 73.4]



RBC:		5.47	10^6 /µl	[4.33 - 5.78]
HGB:		15.10	g/dl	[13.2 - 17.3]
HCT:		41.31	%	[39.90 - 53.90]
MCV:	-	76.00	fl	[84 - 98]
MCH:		27.70	pg	[27.5 - 32.4]
MCHC:	+	36.70	g/dl	[31.7 - 34.2]
RDWs:	-	29.40	fl	[36.2 - 49.7]
RDWcv:		13.20	%	[11.1 - 14.0]



PLT:		172.00	10^3 /µl	[156 - 342]
PCT:		0.22	%	[0.16 - 0.36]
MPV:	+	12.80	fl	[8.3 - 12.1]
PDWs:		18.20	fl	[11.1 - 19.7]
PDWcv:		40.40	%	[37.8 - 43.6]



OBSERVACIONES AL MICROSCOPIO: Normocromía y Normocitosis

Recuento diferencial: PMN: 56% Linfocitos: 37% Eosinofilos: 5% Monocitos: 2%

Adriana M. León Muñoz
Microbiologia y Bioanalisis
C.C. 1.098.640.355

Doctor:

Escaneado con CamScanner

SALUD OCUPACIONAL INZON CARGAS

NIT. 13835844-0
CALLE 11 # 10-26 - SAN GIL SANTANDER
CEL. 3138208063 - TEL. 7243269 - E-MAIL lablivacha@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.374

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	07 MES	2021 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

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

	SENA
	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)

ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	49 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC	91074166
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

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:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PSICOLOGIA	✓
GLICEMIA	✓	----------	

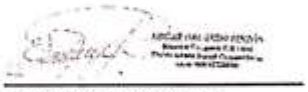
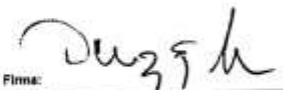
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20 KG SVE ABDOMNIAL .	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE SUGIERE DIETA HIPOGRASA Y EJERCICIO AEROBICO DIARIO .
EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE LA HIGIENE DE LEVANTAMIENTOS DE CARGA.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Escaneado con CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 	Código de Seguridad T664Z1F8374	Firma: 
Nombre: PINZON ROJAS EDGAR ORLANDO		Nombre: ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER
R. M.: LICENCIA 6723 SSS L.S.O.: LICENCIA 6723 SSS		CC: 91074166

Software para el sector salud - www.isolfa.com.co

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) OSCAR OSCAR JAVIER ACELAS ACELAS MEJÍA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91074166 realizó el día 02/08/2021 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 OSCAR OSCAR JAVIER ACELAS ACELAS MEJÍA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91074166 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA, con Cédula Ciudadanía No. 91074166 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 24/07/2021, para el contrato registrado con fecha desde 24/07/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2021010187405.

MIS_4_1_3_FRIS v_04

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de agosto de 2021

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 02/08/2021 10:23:45 a. m.
ISCDC: 02/08/2021 10:23:45 a. m.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

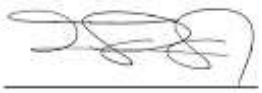
Que nuestro(a) cliente OSCAR JAVIER ACELAS MEJIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 91,074,166 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 336121140 aperturada el 16 de enero de 2015 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 30 de julio de 2021.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0336121140
Cuenta de 16 dígitos:	0336000200121140
Cuenta de 20 dígitos:	00130336000200121140

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:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101007335	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
26	07	2021	23	07	2021	00:00	18	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ACELAS MEJIA OSCAR JAVIER			Identificación:	91074166
Dirección:	CARRERA 14A NRO. 22-05, PAMPLONA	Ciudad:	PAMPLONA - NTE DE SANTANDER	Teléfono:	3209924734

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 22 NRO 9-82	Ciudad:	SAN GIL - SANTANDER	Teléfono:	7248113

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.2687137 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE SISTEMAS , EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURÍSTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/07/2021	18/04/2022	$ 1,859,000.00

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	$ 1,859,000.00	26/07/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	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 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 98-20 Bogotá D.C. Teléfonos 2186917

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

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