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 ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICIOS PRESTAD
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	11
Código Centro	9210I0
Fecha Elaboración	Febrero de 2022
Versión	ENERO 2022 - 1.22
ID de Proceso	71100-871377
No. de documento	338129

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ	C.C.	7.690.036	IP/Nº de contacto	1524
Correo electrónico contratista:	gmpolania@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	60256041351		
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 sucrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200	NO		

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3410388/2022			Nº Compromiso SIIF	6822	
Valor Total del Contrato	$ 26.530.980	N º Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.530.980	1	Del	01/02/2022	Al 28/02/2022	$ 3.790.140,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.740.840		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES P

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140	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	$ 3.790.140	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.618.455	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	———	9428865359
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 839.485	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	2.518.455,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
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	32.438,00	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	$ 3.767.702,00	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atención a la formación presencial sincrónica virtual a las fichas: 2022344 TVII Noche y 1964702 FDS
22051007 Construir el Sistema que cumpla con los requisitos de la solución informática
Informe de Actividades del mes de Febrero del 2022
Pago de la Seguridad Social del mes de Enero del 2022 Planilla Numero 9428865359
Desarrollo de las Actividades según las PPPF de los trimestre VII y VIII
Desarrollo del programa conforme a las actividades por competencias y resultados de aprendizaje

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.

GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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,

ANA YAQUELINE CHAVARRO PARRA
INSTRUCTOR G13

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

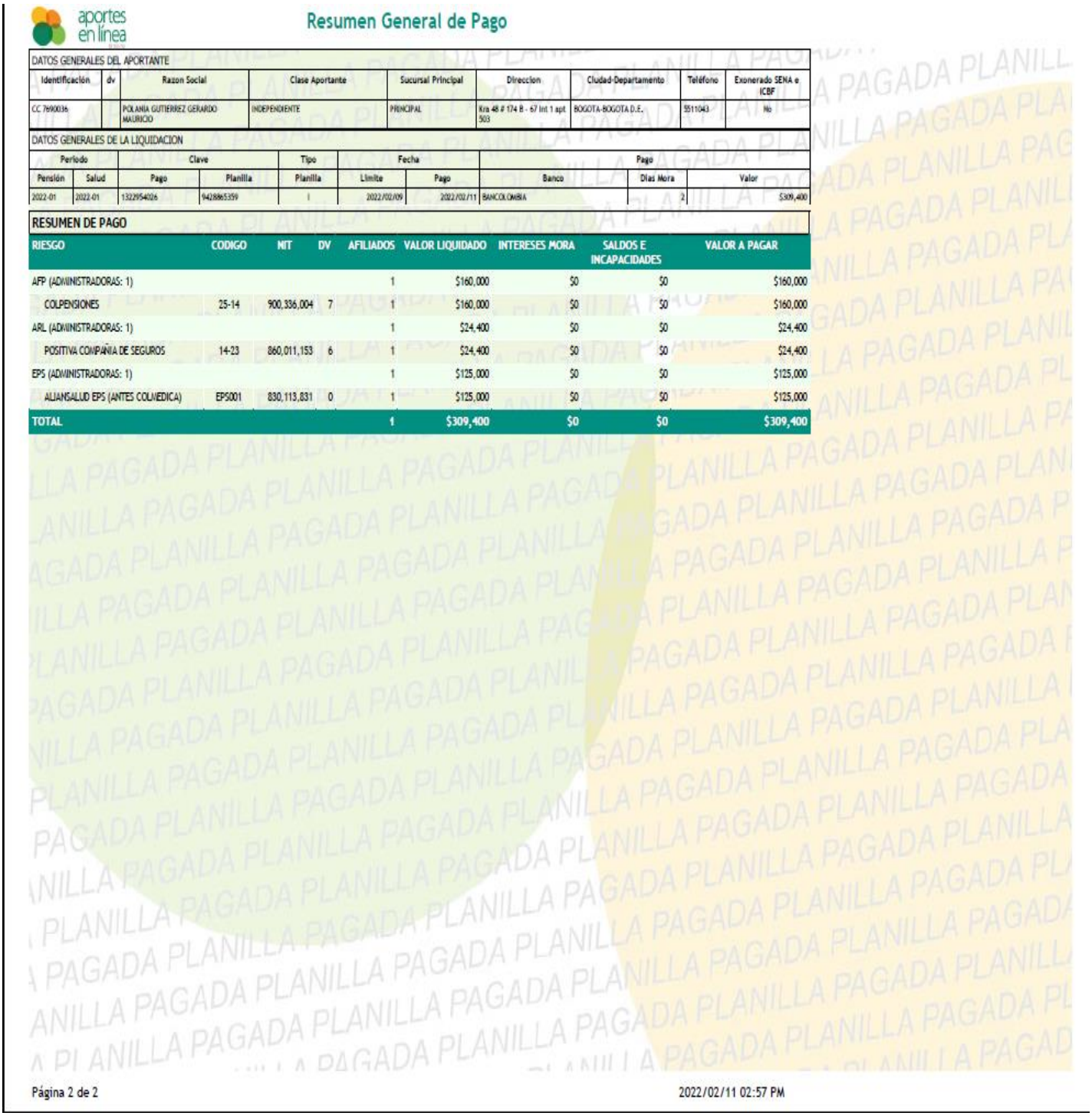
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7690036		POLANIA GUTIERREZ GERARDO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 48 # 174 B - 67 Int 1 apt 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5511043	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1322954026	9428865359	I	2022/02/09	2022/02/11	BANCOLOMBIA	2	$309,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$1,000,000**	**$24,400**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC 7690036	POLANIA GERARDO	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS001	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7690036		POLANIA GUTIERREZ GERARDO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 48 # 174 B - 67 Int 1 apt 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5511043	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1322954026	942886359	I	2022/02/09	2022/02/11	BANCOLOMBIA	2	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

Página 2 de 2

2022/02/11 02:57 PM

Usuario en Aportes en línea: 7690036N

Clave: 7690036Gm

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ identificado con CC No. 7690036 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 7690036, con vigencia desde 4/1/2011 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	7690036	GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ	51	1150	01/04/2011	Vigente		SI
2	40942616	NEGIA MAGRET GOMEZ SUAREZ	37	431	13/06/2013	Vigente		SI
3	1031653684	LAURA SOFIA POLANIA GOMEZ	14	437	13/06/2013	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 18 días del mes de Enero del 2022

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7690036**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2019** 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 enero de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 el señor GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7690036, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2022 y fecha fin de contrato 31/08/2022 con riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012422761.

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_IR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 14/02/2022 12:48:58 p. m.
ISCDC: 14/02/2022 12:48:58 p. m.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14529364818

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 6 9 0 0 3 6	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	7 6 9 0 0 3 6	1 9 9 0 0 8 2 4

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Huila 41	Neiva 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POLANIA	GUTIERREZ	GERARDO	MAURICIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 48 174 B 67 AP 503 IN 1

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gmpolania@gmail.com		5 5 1 1 0 4 3	3 1 2 4 5 0 1 0 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Otras actividades Código: 1	2
8 5 4 2	1 9 9 9 0 1 0 1	6 9 1 0	2 0 1 6 1 1 0 1	8 5 4 1	8 5 2 3

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos: 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 05 23

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:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 21-04-2020 09:47:11AM

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

NI 830136321-5

Recibo N° 24291

Recibido de

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Fecha 01/02/2019

N° Identificacion 5980/1049

Valor $ 160.000

CrediBanCo

SERVISALUD DEL CLAVA IP
CLL 27 15A-43 SUR
CU: 012438645
Fecha: 01/02/2019 06:54:41
AFVP06.C02 /fMIIG==

TER: 00043134 AUT: R09844
MASTERCARD CR
xx1194
RECIBO: 000118 TVR: 8585000000000
CUOTAS: 10 TSI: 9802000
ARN: 000116 AID: A0000000041010
Criptograma: A20648766C1754C17
COMPRA NETA : $160.000

TOTAL (COP) : $160.000

FIRMA/GERENTE

La Suma de

CIENTO SESE

T.C.

Por Concepto de

1-GERARDO M
musculoesqu-c
de HEP-B.

C.7.690.036- RIESGO III LM.
dio-psicosocial- po-pl-glic-ch-anticuerpos

Descuento

Retención en la Fuente $ 0

fectivo

$ 160.000

$ 0

Firma y Sello

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 1-feb-2019 **HORA** 10:58:06
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Gerardo Mauricio Polania Gutierrez
Edad: 48 años 2 meses 22 dias
Documento de Identificación: CC Número 7690036
Cargo: INSTRUCTOR

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Restriccion No ruido >85 db
Control: 6 Meses
Remisión: ORL, Audiología (EPS)
Recomendaciones: No ruido >85Db, ingresar (PVER)

Optometria
Vision Lejana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES REMITIR A OPTOMETRIA
Vision Cercana: NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES REMITIR A OPTOMETRIA

LABORATORIO LABORATORIO CLINICO COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA

Otras Recomendaciones: 1/ Continuar proceso de selección. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al dia. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral 12/ Hidratación constante 13/ Hábitos saludables. 14/ Confirmar esquema de vacunación de adultos. Uso de gafas permanentes durante jornada laboral.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: Normal / OSTEOMUSCULAR: Normal / MUSCULOESQUELETICO: Normal / DERMATOLOGICO: Normal
FONOAUDIOLOGIA: Normal / CARDIOVASCULAR: Normal / PSICOSOCIAL: Normal
GLICEMIA / PERFIL LIPIDICO / CUADRO HEMATICO / PARCIAL DE ORINA
REMISION A EPS?: Si valoracion por optometria

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO (Con recomendaciones)

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sob
su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma
Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM: 15344 Lic SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Gerardo Mauricio Polania Gutierrez
CC N°: 7690036

Huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a Servisalud ocupacional IPS., a realizar en mi, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (os) examen (es) están completas y son veridicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realizacion de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

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.

Trabajador:

Firma:

Nombre: Cristian Mauricio Tafur Ramos

CC No. 7'690.036 Neiva (H)



SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CUADRO HEMATICO IV

ID: 7936636 Modo: Completa Hora: 01-02-2019 08:37
Nombre: GERARDO POLANIA Sexo: Varón Edad: 40 años
N.° h.° clín.: N.° cama: Dept.:

Parámetro		Result		Rango ref.
WBC		6.8	x 10^3/L	4.0 - 10.0
Lymph#		2.3	x 10^3/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.3	x 10^3/L	0.1 - 1.5
Gran#		4.2	x 10^3/L	2.0 - 7.0
Lymph%		33.6	%	20.0 - 40.0
Mid%		4.3	%	3.0 - 15.0
Gran%		62.1	%	50.0 - 70.0
HGB	H	16.4	g/dL	12.0 - 16.0
RBC	H	5.65	x 10^12/L	4.00 - 5.50
HCT		53.6	%	40.0 - 54.0
MCV		95.0	fL	80.0 - 100.0
MCH		29.3	pg	27.0 - 34.0
MCHC	L	30.9	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		12.0	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		47.5	fL	35.0 - 56.0
PLT		234	x 10^3/L	100 - 300
MPV		9.6	fL	6.5 - 12.0
PDW		16.6		9.0 - 17.0
PCT		0.198	%	0.100 - 0.282



Resto.: Analiz.: Consejo:

Dra. Tat[illegible]
Bacte[illegible] UCMC
1.013.595.409

Calle 27 sur No 14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddotolaya@gmail.com
www.servisaludips.com

Xenia Historia Clínica Especializada

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

Nº Identificación: CC 7690036
Paciente Gerardo Mauricio Polania Gutierrez **Edad** 48 años 2 meses 22 días
Direccion NUEVA ZELADIA **Telefono** 3124501022
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** viernes, 1 de febrero de 2019

LABORATORIO

LABORATORIO CLÍNICO COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Lectura	Técnica	Unidad	Vr.Normal
Colesterol Total	133	Enzimático	mg/dL	< 200<
Colesterol HDL	59	Enzimático	mg/dL	H >55
Colesterol LDL	47	Enzimático	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	135	Enzimático	mg/dL	< 150
GLICEMIA	93	Enzimático	mg/dL	70-105

PARCIAL DE ORINA

Parámetros

FISICO

Color: AMARILLO

Aspecto: LIGERAMENTE TURBIO

QUÍMICO

pH: 5
Densidad: 1030
Nitritos: NEG
Urobilinógeno: NEG
Proteínas: NEG
Sangre: NEG
Cetonas: NEG
Bilirrubina: NEG
Glucosa: NEG
Leucocitos: NEG

MICROSCÓPICO:

Células epiteliales escamosas: 0-1/C
Células epitelio renal: -
Bacterias: ESCASAS
Hematies:
Leucocitos: 0-1/C

Dra. Tatiana [illegible]
Bacteriólogo U.M.
1.013 [illegible]

Calle 27 sur No.14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddelolaypal@gmail.com
www.servisaludips.com

Xenia Historia Clínica Especializada

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

Nº Identificación: CC 7690036

Paciente Gerardo Mauricio Polania Gutierrez **Edad** 48 años 2 meses 22 dias

Direccion NUEVA ZELADIA **Telefono** 3124501022

Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** viernes, 1 de febrero de 2019

Moco: +
Cristales: -
Cilindros: -
Hongos: -

Dra. Tatiana Morales
Bacteriologa
ICTS 6

VIVIAN TATIANA MORALES CORREDOR
RM.

Calle 27 sur No.14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaludsteolaya@gmail.com
www.servisaludips.com

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

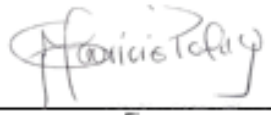
Que el Sr(a) GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7690036 realizó el día 14/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7690036 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 -

Bogotá, febrero 28 de 2022.

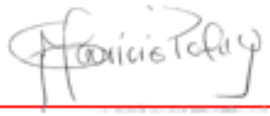
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

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 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI**/NO 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 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI**/NO 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 2021, soy una persona natural que **SI** /NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que SI/**NO** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.100)
e. Por el año gravable 2021, SI/**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 2021, SI/**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 veintiocho (14) días del mes de febrero del año 2022.

FIRMA: 

NOMBRES Y APELLIDOS: GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ

C.C. No. 7.690.036 DE Neiva (H)