SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**54574-114848**
No. de documento	**343402**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEANDRO ROCHA RIMULO	**CE**	764.780	**IP/Nº de contacto**	1111
Correo electrónico contratista:	lrrimulo@gmail.com				

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**		11387668260	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3454254/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**35222**	
Valor Total del Contrato	$ 50.050.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 50.050.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 4.550.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.500.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO FACILITADOR PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE I+D+IA TRAVÉS DE PROCESOS DE FORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO A LOS APRENDICES, EN LOS PROYECTOS DE LAS LÍNEAS DE FORMACIÓN DE LA ESTRATEGIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.550.000	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	**$ 4.550.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.023.475**	**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	----------	**4007727010**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.820.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 227.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 291.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.600	$ 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	$ 1.007.825	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.023.475,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.031.300,00	
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	0,00	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	**$ 4.550.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

la formulación de proyectos formativos, diseño de actividades de aprendizaje y talleres, planes de sesión, que alimenten el banco de p
Diseñar e implementar acciones de formación para fortalecer las capacidades de investigación de los aprendices y la ejecución de proye
Socializar actividades y buenas prácticas ejecutadas en las acciones de formación con el fin de ser divulgadas y recopiladas, al igual
Mantener actualizado, completo y en buen estado el inventario de la Tecnoacademia recibido, y velar por la correcta utilización, cuida
Mantener actualizada la información del proceso formativo y sus respectivos soportes en los aplicativos que se requieran de acuerdo co
Ejecutar Eventos de Divulgación Tecnológica (EDT) u otras actividades complementarias como talleres y eventos, relacionados con la lín
Participar en comités, mesas de trabajo y demás espacios de gestión, planeación, innovación, desarrollo tecnológico, investigación, di
Apoyar los procesos precontractuales, contractuales, poscontractuales y la supervisión cuando
Guardar absoluta reserva sobre documentos, información, programas y materias que lleguen a su conocimiento por el desarrollo del objet

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.

LEANDRO ROCHA RIMULO
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,

EDUIN JOSE NEGRETE RUIZ
PROFESIONAL G04

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14770965076

(415)7707212489984(8020) 000001477096507 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 2 7 3 5 1 5	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	Pasaporte 4 1	F U 5 9 8 2 1 0	2 0 1 7 1 1 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
BRASIL 1 0 5		

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROCHA	RÍMULO	LEANDRO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 29 # 17 - 5

42. Correo electrónico lrrimulo@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 2 3	2 0 2 1 0 7 0 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2022 - 01- 23 / 17 : 56: 19

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 ROCHA RÍMULO LEANDRO
985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
CARTAGENA	**CARTAGENA**	**75**	**75-44-101119034**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	**01**	**2022**	**27**	**01**	**2022**	**00:00**	**30**	**04**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	ROCHA RIMULO, LEANDRO		**CE: 764.780**
DIRECCIÓN: CL 29 NRO. 17 - 5	CIUDAD: MONTERIA, CORDOBA	TELÉFONO:	3103002805

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CORDOBA CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: MONTERIA	CIUDAD: MONTERIA, CORDOBA	TELÉFONO	0

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICUIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.3454254 CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARCTER TEMPORAL COMO FACILITADOR PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE I+D+I A TRAVS DE PROCESOS DE FORMACIN, ORIENTACIN Y ENTRENAMIENTO A LOS APRENDICES, EN LOS PROYECTOS DE LAS LNEAS DE FORMACIN DE LA ESTRATEGIA TECNOACADEMIA DEL ECOSISTEMA SENNOVA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/01/2022	30/04/2023	$5,005,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******25,120.00	$ *******8,000.00	$ *******6,292.00	$ **********39,413.00	$ ********5,005,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ROBERTO CARLOS PAYARES VERGARA Y CI	194737	100.00			

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

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8 - TELEFONO: 6601144 - CARTAGENA

75-44-101119034

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Referencia Bancaria

Lunes, 24 de Enero de 2022

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEANDRO ROCHA RIMULO identificado(a) con CC 300764780, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	11387668260	2018/01/17	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Nome	:	**LEANDRO ROCHA RIMULO**	**Código O.S**	:	**002-66135-1181**
Dt nascimento	:	**05/11/1985**	**Data O.S**	:	**26/01/2022**
Solicitante Dr(a)	:	**Sem solicitação Médica**	**CRM**	:	**999999999 NA**
Unidade	:	**SANTA EFIGÊNIA**	**Plano**	:	**PARTICULAR**
Emissão laudo	:	**26/01/2022 - 18:17:03**	**Paginação**	:	**1/4**

Glicose de Jejum — 76 mg/dL

Material: Sangue
Método: Enzimático

Valor de Referência:
70 a 99 mg/dL

Bibliografia: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus(Diabetes Care, Vol. 32, Sup. 1, January 2009)
Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement_1/S62.full.pdf+html
Nova metodologia a partir de 11/11/2019

Data de coleta: 26/01/2022 - 11:10:32

Responsável Técnico:
Eliane D. Lustosa Cabral
CRM - MG: 22519

Resultado Liberado por:
Adriano Basques Fernandes
CRF - MG: 12.777

ASSINATURA DIGITAL
9EC5E2BBB6AF7178B3B2D092A0D3948A8CAEBABEA6B25457818DB99F6E89BE989AC17B74A08BC2B8

OS VALORES PREDITIVOS DOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO INFLUENCIADOS PELA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS TESTES E PREVALÊNCIA DA DOENÇA. OS RESULTADOS SOFREM INTERFERÊNCIA DE DIVERSOS FATORES, TAIS COMO: VARIAÇÃO BIOLÓGICA, MEDICAMENTOS E COMORBIDADES. A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA É UM ATO MÉDICO.

Nome	:	**LEANDRO ROCHA RIMULO**	**Código O.S**	:	**002-66135-1181**
Dt nascimento	:	**05/11/1985**	**Data O.S**	:	**26/01/2022**
Solicitante Dr(a)	:	**Sem solicitação Médica**	**CRM**	:	**999999999 NA**
Unidade	:	**SANTA EFIGÊNIA**	**Plano**	:	**PARTICULAR**
Emissão laudo	:	**26/01/2022 - 18:17:03**	**Paginação**	:	**2/4**

COLEST, FRACOES, TRIG.

Material: Sangue
Método: Enzimatico

ASPECTO DO SORO	Limpido	
QUILOMICRONS	Ausentes	
TRIGLICERIDES	155	mg/dL
COLESTEROL TOTAL	199	mg/dL
COLESTEROL NAO-HDL	136	mg/dL
COLESTEROL HDL	63	mg/dL
COLESTEROL VLDL	27	mg/dL
COLESTEROL LDL	109	mg/dL

Valor de Referência:
Valores de referência e de alvo terapêutico conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico para adultos a partir de 20 anos.

	Com Jejum (mg/dL)	Sem Jejum (mg/dL)	Categoria Referencial
Colesterol total:	< 190	< 190	Desejável
HDL	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável
Meta terapêutica			Categoria de risco
LDL	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não HDL	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

nota: 1 - Nos casos em que o nível de triglicérides for superior a 440 mg/dL (sem jejum), recomenda-se uma nova avaliação do perfil lipídico em jejum.
Referência: Consenso Brasileiro para a normatização da determinação laboratorial do perfil lipídico. 2016
* Novos valores de referência a partir de 07/12/2016 *
* Nova metodologia a partir de 11/11/2019*
Data de Coleta: 26/01/2022 - 11:10:32

Responsável Técnico:
Eliane D. Lustosa Cabral
CRM - MG: 22519

Resultado Liberado por:
Adriano Basques Fernandes
CRF - MG: 12.777

ASSINATURA DIGITAL
9EC5E2BBB6AF7178B3B2D092A0D3948A8CAEBABEA6B25457818DB99F6E89BE989AC17B74A08BC2B8

OS VALORES PREDITIVOS DOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO INFLUENCIADOS PELA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS TESTES E PREVALÊNCIA DA DOENÇA. OS RESULTADOS SOFREM INTERFERÊNCIA DE DIVERSOS FATORES, TAIS COMO: VARIAÇÃO BIOLÓGICA, MEDICAMENTOS E COMORBIDADES. A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA É UM ATO MÉDICO.

Nome	:	**LEANDRO ROCHA RIMULO**	**Código O.S**	:	**002-66135-1181**
Dt nascimento	:	**05/11/1985**	**Data O.S**	:	**26/01/2022**
Solicitante Dr(a)	:	**Sem solicitação Médica**	**CRM**	:	**999999999 NA**
Unidade	:	**SANTA EFIGÊNIA**	**Plano**	:	**PARTICULAR**
Emissão laudo	:	**26/01/2022 - 18:17:03**	**Paginação**	:	**3/4**

Periodo em jejum (horas): 12:00

Responsável Técnico:
Eliane D. Lustosa Cabral
CRM - MG: 22519

Resultado Liberado por:
Adriano Basques Fernandes
CRF - MG: 12.777

ASSINATURA DIGITAL
9EC5E2BBB6AF7178B3B2D092A0D3948A8CAEBABEA6B25457818DB99F6E89BE989AC17B74A08BC2B8

OS VALORES PREDITIVOS DOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO INFLUENCIADOS PELA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS TESTES E PREVALÊNCIA DA DOENÇA. OS RESULTADOS SOFREM INTERFERÊNCIA DE DIVERSOS FATORES, TAIS COMO: VARIAÇÃO BIOLÓGICA, MEDICAMENTOS E COMORBIDADES. A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA É UM ATO MÉDICO.

Nome	:	**LEANDRO ROCHA RIMULO**	**Código O.S**	:	**002-66135-1181**
Dt nascimento	:	**05/11/1985**	**Data O.S**	:	**26/01/2022**
Solicitante Dr(a)	:	**Sem solicitação Médica**	**CRM**	:	**999999999 NA**
Unidade	:	**SANTA EFIGÊNIA**	**Plano**	:	**PARTICULAR**
Emissão laudo	:	**26/01/2022 - 18:17:03**	**Paginação**	:	**4/4**

Hemograma

Material: Sangue
Método: Sysmex - Serie XN

				Valor de referência
Hemácias	5.480.000	/mm³		4.400.000 a 5.900.000 /mm³
Hemoglobina	16,9	g/dL		13,0 a 18,0 g/dL
Hematócrito	47,1	%		40,0 a 52,0 %
VCM	85,9	fL		80,0 a 100,0 fL
HCM	30,8	pg		26,0 a 34,0 pg
CHCM	35,9	%		32,0 a 36,0 %
RDW	13,1	%		11,6 a 14,6 %
	Relativo (%)	**(/mm³)**		
Leucócitos		8.550		4.000 a 11.000 /mm³
Promielócitos	0,0	0		
Mielócitos	0,0	0		
Metamielócitos	0,0	0		
Bastonetes	0,0	0	0 a 5 %	0 a 500 /mm³
Segmentados	52,5	4.489	40 a 80 %	2.000 a 7.000 /mm³
Eosinófilos	2,2	188	1 a 6 %	2 a 500 /mm³
Basófilos	0,4	34	0 a 2 %	0 a 100 /mm³
Monócitos	7,8	667	2 a 10 %	200 a 1.000 /mm³
Linfócitos	37,1	3.172	20 a 40 %	1.000 a 3.000 /mm³
Linf. Reativos	0,0	0		
Outros	0,0	0		
Plaquetas		326.000		140.000 a 450.000 /mm³

Data de Coleta: 26/01/2022 - 11:10:31

Responsável Técnico:
Eliane D. Lustosa Cabral
CRM - MG: 22519

Resultado Liberado por:
Adriano Basques Fernandes
CRF - MG: 12.777

ASSINATURA DIGITAL
9EC5E2BBB6AF7178B3B2D092A0D3948A8CAEBABEA6B25457818DB99F6E89BE989AC17B74A08BC2B8

OS VALORES PREDITIVOS DOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO INFLUENCIADOS PELA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS TESTES E PREVALÊNCIA DA DOENÇA. OS RESULTADOS SOFREM INTERFERÊNCIA DE DIVERSOS FATORES, TAIS COMO: VARIAÇÃO BIOLÓGICA, MEDICAMENTOS E COMORBIDADES. A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA É UM ATO MÉDICO.

Dr. Carmelo Muzzi
Clínica e Cirurgia de Olhos
CRM MG **6594**

Prescrição de Óculos

LEANDRO ROCHA RIMULO

Uso para Longe

	Esférico	Cilíndrico	Eixo
OD:	-3.75	0.00	0
OE:	-4.50	0.00	0

DP: Medir DNP e ACO/DP62

Lentes: POLICARBONATO Cor: ANTIRREFLEXO

PRÓXIMO EXAME EM JANEIRO /2023

Belo Horizonte, 11 de janeiro de 2022

Dr. Carmelo Antônio Muzzi CRM MG 6594 CONTROLE 3750690

Dr. CARMELO MUZZI - CRM MG 6594

ENDEREÇO
Rua Domingos Vieira, 319, salas 807/808,
Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG
CEP 30315-130

CONTATO
Telefone: (31) 3241-4243
e-Mail: oftalmuzzi@hotmail.com

ica1.com.br:8080/c1/faces/relatorios/r504.xhtml

EXAMES OCUPACIONAIS

ATESTADO DE CAPACIDADE FÍSICA E MENTAL

ATESTO QUE: LEANDRO ROCHA RIMULO

NÚMERO DOCUMENTO: CPF: 079055186-12
NÃO APRESENTOU SINAIS OU SINTOMAS CLÍNICOS DE DOENÇAS, PATOLOGICAS INFECTO CONTAGIOSAS NEM ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO E MENTAL, PODENDO EXECUTAR OS EXERCICIOS RELACIONADOS A PRATICA ESPORTIVA E OUTRAS QUE NECESSITEM DE BOM DESEMPENHO CORPORAL.

ESTÁ NO MOMENTO APTO (A) PARA: PROFESSOR

Ass. Médico examinador

Dr. Vinicius Soares Garcia
CRM 71205
CONTROLE 1987089

BELO HORIZONTE
Recebi cópia deste

Data
26/01/2022

Clinica Exames Ocupacionais - Rua Curitiba, 500 - Sala 701 - Centro - BH/MG
Email: agenda@examesocupacionais.com.br/ TEL: (31) 3072-4299

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007727010	2|6|0|1|2|0|2|2

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ROCHA Primer apellido	RIMULO Segundo apellido	LEANDRO Primer nombre	Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CE	764780	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|1|1|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000

18.Residencia

CL 29 17 05 **Dirección**	**Telefono fijo**	3103002805 **Telefono celular**	IRRIMULO@GMAIL.COM **Correo electronico**
MONTERIA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	CORDOBA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LEANDRO ROCHA RIMULO	CE	764780	01

39.Ubicación

CL 29 17 05 Dirección	3103002805 Teleéfono	IRRIMULO@GMAIL.COM Correo electrónico	MONTERIA Municipio/distrito	CORDOBA Departamento

No de Radicacion
4007727010

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ROCHA	RIMULO	LEANDRO	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
764780	RC TI CC X E PA	1985 A 11 M 05	X F	2022 A 01 M 26

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

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

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

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

"Yo: LEANDRO ROCHA RIMULO identificado con el documento de identidad número: 764780, X NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: L. Rimulo

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

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

Hace constar:

Que el Sr(a) LEANDRO ROCHA RIMULO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 764780 realizó el día 15/02/2022 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 LEANDRO ROCHA RIMULO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 764780 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 -