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 MATERIALES Y ENSAYOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**11**
Código Centro	**921510**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**23149-484432**
No. de documento	**591117**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GEMARK MANCILLA CONDE	**C.C.**	1.117.509.964	**IP/Nº de contacto**	55942
Correo electrónico contratista:	gmancilla46@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		46623452417	
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:	4130600/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**40522**	
Valor Total del Contrato	$ 7.080.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.080.000	**1**	**Del**	**19/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 1.680.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.400.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR POR PERIODO FIJO PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL POR COMPETENCIAS DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.680.000		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	**$ 1.680.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.046.250**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4465791528**	Valor Base retención en la fuente	1.046.250,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.395.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 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 I	$ 5.300	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	13.476,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -		-	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 $ 1.216.128	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 348.750		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.666.524,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

mpartir formación presencial en el área de bilingüismo formación complementaria la ficha de Ingles Básico 1, 2665583, 2665579, 2665620
Apoyar la realización y presentación de la semana de los Idiomas con la Introducción de la misma.

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.

Gemark M

GEMARK MANCILLA CONDE
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,

JOSE ADRIANO SUESCA SANCHEZ
INSTRUCTOR G20

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

SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **GEMARK MANCILLA CONDE**; identificado(a) con **CC** número **1117509964**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **15/03/2022**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **24** días del mes **10** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14770999438

(415)7707212489984(8020) 000001477099943 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 7 5 0 9 9 6 4	2 0 0 7 1 2 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANCILLA	CONDE	GEMARK	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 12 07

42. Correo electrónico: gekmanconde@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 3 7 8 4 7 3 2	4 3 4 4 3 0 6

CLASIFICACIÓN

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

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	2	0																								

20- Obtención NIT

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 07 - 08 / 23 : 31: 11

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 MANCILLA CONDE GEMARK
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: GEMARK MANCILLA CONDE CC 1117509964

Fecha: 16/07/2021 07:31:28

SID: **14796** Orden Nro. 37053

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**16/07/2021**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
07:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	
07:42 am	RONALD MIGUEL SOTELO MARIM(	Medicina Ocupacional	
08:00 am	CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENT	Audiometria	
08:10 am	JAIME ANDRES GOMEZ RESTREP(	Otros Servicios	
08:48 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
OPTOMETRIA	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
ENFASIS CARDIOVASCULAR	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
	8

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	1117509964	15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
32832	Masculino	31 a	Union Libre	1	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	MEDIMAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
TELEPERFORMAN	OPERADOR TELE		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COLEGIO JOSE AN	PROFESOR DE I	1 AÑO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
particular	instructor sena		☑	☐	☑	☑	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☑ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☑	Mama	HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☐	No Refiere	Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

No Refiere Antecedentes Personales

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:		TETANO:				
PAPERAS Y RUBEOLA:		HEPATITIS:				
INFLUENZA:		OTRAS:				
Resultado Inmunizaciones:						

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:	n/r		

ALCOHOL:	● Si	○ No	
FRECUENCIA:	n/r	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: No Refiere

Especifique:

FUTBOL

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	78 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
74 Kgs	180 Cms	22.8 k/m2	78 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
20 x minuto	125/88 mmHg	Pequeño	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	N
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Anormal	Amétrope No Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☑	Respiratorio	☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☐	Otros	☐	
	ESPECIFIQUE:						

TIPO DE PROTECCION	CASCO	BOTAS	GUANTES	P. AUDITIVO	P. RESPIRATORIA	P. VISUAL
	☐	☐	☐	☐	☑	☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	ASTIGMATISMO
2	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
3	[CIE1O No.]E782:HIPERLIPIDEMIA MIXTA
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , AUDIOMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita por optometria en su EPS, control de lipidos en su EPS.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐	
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐	
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐	
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐		

Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Gemark Mancilla Conde **Fecha:** 16/07/2021 12:00:00 AM **SID-VISIO : 16878**
No. Identificacion: 1117509964 **Empresa:** PARTICULAR Particular
Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR SENA Ingreso

Cargo: DOCENTE Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO



A. Personales Visuales: No Refiere
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ○ Si ● No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No
Tipo de Uso : NO APLICA Trae Rx: ○ Si ● No

Ultimo Examen: 10 MESES Ultimo Diagnostico: Examen Normal

RX EN USO TIPO DE LENTE: NO APLICA

OD: **AV:**
OI: **AV:**

Sintomatologia: VISION BORROSA POR EL OJO DERECHO.

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.:	20/25	0.5M	O.D.:
O.I:			O.I:	20/20	0.5M	O.I:
A.O:			A.O:	20/20	0.5M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD. **OI:** NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N-0,75*1 **AV:** _____

OI: N-0,25*0 **AV:** _____

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ● No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			**ALTURA:**		
	OJO	**ESFERICO**	**CILINDRICO**	**EJE**	**A.V.**
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0,75	0 °	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO	-0,25	0 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION NO CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, CORRECION OPTICA CON LENTES DE CONTACTO, PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP.

Gloria L. Espinosa.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Thu Jul 2021 07/15/21

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Fri Jul 2021 07/16/21 07:23:34



Indice Derecho

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: GEMARK MANCILLA CONDE **SID : 14796**

No. Identificacion: 1117509964

Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 37053 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 16/07/2021 07:31:33

Fecha de Impresion: 16/07/2021 03:40:28 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. CUADRO HEMATICO			
Recuento de Leucocitos	9.7	x10^3/uL	3.70-10.1 x10^3/uL
% Granulocitos	56.0	%	39.0 - 65.0%
% Linfocitos	38.7	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	5.3	%	4.40-12.7 %
# Granulocitos	5.4	x10^3/uL	1.63-6.96 x 10e3/uL
# Linfocitos	3.8	x10^3/uL	1.09-2.99 x10^3/uL
# Monocitos	0.5	x10^3/uL	0.240-0.790 x 10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.12	x10^3/uL	4.06-4.69 x10^3/uL
Hemoglobina	14.5	g/dL	12.9-14.2 g/dL
Hematocrito	42.7	%	37.7-53.7 %
Volumen Corpuscular Medio	83.5	fL	81.1-96.0 f/L
HB corpuscular media	28.3	pg	27.0-31.2 pg
Concentración HB corpuescular media	33.8	g/dL	31.8-35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	12.8	%	11.5-14.5 %
Recuento de Plaquetas	278	x10^3/uL	150-450 x10^3/uL
Volumen Plaquetario Medio	9.9	fL	6.90-10.6 fL
Ancho de Distribuciòn Plaquetas	16.0	10(GSD)	0.00-99.9 10(GSD)
Plaquetocrito	0.275	%	0.00-9.99 %
DIFERENCIAL MANUAL			
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	87	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
3. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**241**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	42	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	126	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	25.2	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**173.8**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5.7		0 - 5.7

Validado:Yuilieth Murillo Aguirre
Tue Jul 2021 07:06:20 11:31:45
BACTERIOLOGA - BACTERIOLOGA



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	1117509964	15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
32832	Masculino	31	Años	Union Libre	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	MEDIMAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☑	ECTOMORFICO: ☐
2. POSTURA	NORMAL: ☑	ASIMETRICA: ☐	
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☑	NO: ☐	
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
6. PALPACION			
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
7. PERCUSION			
EXAMEN FUNCIONAL			
FLEXION			
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐
EXTENSION			
INCLINACION LATERAL			
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐
CUNCLILLAS			
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
ESCOLIOSIS:		SI: ☐	NO: ☑
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR **MUSLO:** _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM:
Registro Mèdico 18822

Gemark

Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	**Identificacion** 1117509964	**Codigo Unico Paciente:** 15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
32832	Masculino	31	Años	Union Libre	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	MEDIMAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , AUDIOMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

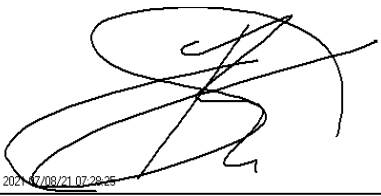
Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita por optometria en su EPS, control de lipidos en su EPS.

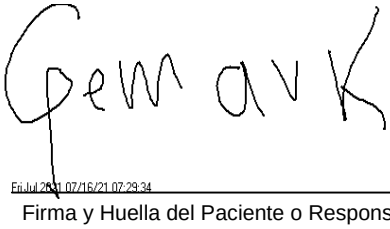


Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

16/07/2021 14:08:25

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Gemark Mancilla Conde **Fecha:** 16/07/2021 **SID-AUDIO : 13722**

No. Identificacion: 1117509964 **Empresa:** PARTICULAR Particular

Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR SENA Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual:

Ruido Laboral:

Cargo Anterior: SUPERVISOR

Empresa: TELEPERFORMARCE COLOMBIA

Tiempo de Servicio:

Proteccion Auditiva:

Tiempo Servicio: 10 MESES, APROX.

Ruido Laboral:

Proteccion Auditiva Utilizada:

Ultimo Examen de Audiometria: HACE 2 AÑOS, APROX. , APROX.

Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido



Servicio Militar:	Si ○	No ●	Tiro al Blanco:	Si ○	No ●
Moto:	Si ●	No ○	Tejo:	Si ○	No ●
Carro:	Si ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ●	No ○
Avion / Helicoptero:	Si ○	No ●	Discoteca:	Si ○	No ●
Natacion:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual: No refiere

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○	No ●	Diabetes:	Si ○	No ●
Paperas:	Si ○	No ●	Sarampion:	Si ○	No ●
HTA:	Si ○	No ●	Paralisis Facil:	Si ○	No ●
Meningitis:	Si ○	No ●	Cefaleas:	Si ○	No ●
Rubeola:	Si ○	No ●	Otros:	Si ●	No ○

Otros Cual?: AMIGDALITIS.

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○	No ●	Otitis:	Si ○	No ●
Otorrea:	Si ○	No ●	Cirugias de Oido:	Si ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○	No ●	Hipoacusia:	Si ○	No ●
Vertigo:	Si ○	No ●	Rinitis:	Si ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○	No ●	Sinusitis:	Si ○	No ●
Infecciones:	Si ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○	No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No

Hace Cuanto Tiempo:

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○	No ●
Le produce mal Genio:	Si ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○	No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○	No ●

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No refiere

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:		

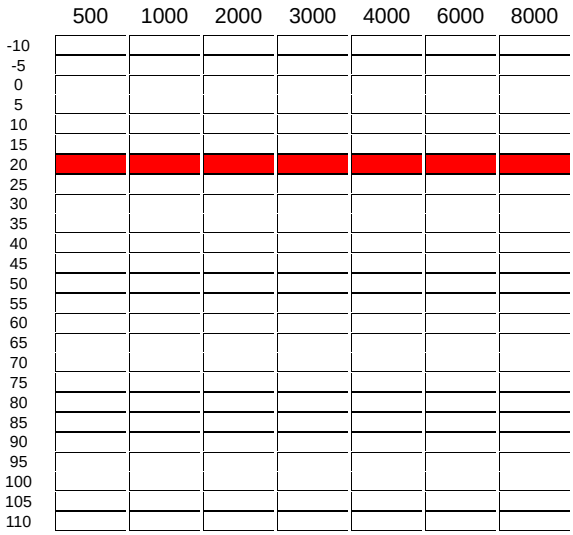
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 7 HORAS



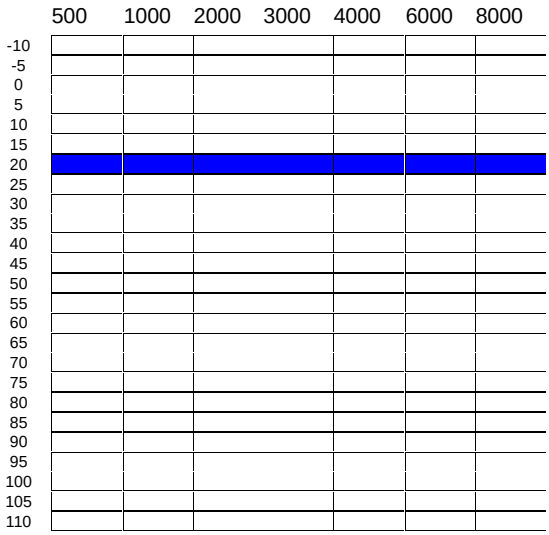
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 26/06/2018 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE1O-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

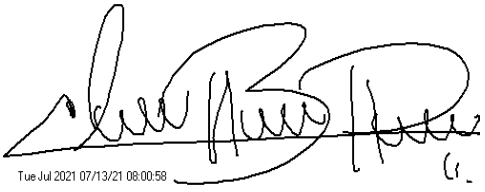
Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

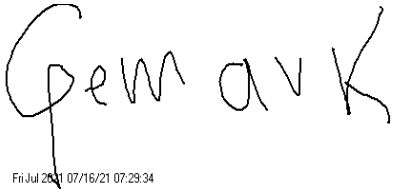
E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTEL / TP 2700



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

Hace constar:

Que el Sr(a) GEMARK MANCILLA CONDE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117509964 realizó el día 23/10/2022 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 GEMARK MANCILLA CONDE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117509964 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.

Gemark M

Firma

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

Certificación Bancaria

Lunes, 3 de octubre de 2022

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **GEMARK MANCILLA CONDE** identificado(a) con cc. **1117509964** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	466-234524-17	2021/07/09	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHAPINERO**	**14**	**14-44-101165115**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	**10**	**2022**	**18**	**10**	**2022**	**00:00**	**15**	**04**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
MANCILLA CONDE, GEMARK	**CC: 1117.509.964**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 12 12 07	FLORENCIA, CAQUETA	3173784732

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 21 NRO. 15 - 100	RIOHACHA, GUAJIRA	7273882

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:

SE AMPARA EL PAGO DE PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO NUMERO DEL PROCESO PSP-DC-CME-046-2022 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR POR PERIODO FIJO PARA LA EJECUCIN DE ACCIONES DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL POR COMPETENCIAS DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS DE LA REGIONAL DISTRITO CAPITAL DEL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**18/10/2022**	**15/04/2023**	**$708,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ **********708,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
YEIMY JOAHANA DIAZ RODRIGUEZ	220434	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-44-101165115

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

Gemark M

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHAPINERO**	**14**	**14-44-101165115**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	**10**	**2022**	**18**	**10**	**2022**	**00:00**	**15**	**04**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MANCILLA CONDE, GEMARK		**CC: 1117.509.964**
DIRECCIÓN: CL 12 12 07	CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETA	TELÉFONO:	3173784732

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CL 21 NRO. 15 - 100	CIUDAD: RIOHACHA, GUAJIRA	TELÉFONO	7273882

ADICIONAL:

PSE GUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ **********708,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
YEIMY JOAHANA DIAZ RODRIGUEZ	220434	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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002112939573(3900)000000033320(96)20231018

REFERENCIA PAGO:

1100211293957-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670041757 15

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000041757151

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	
20/10/2022 10:24a.m.	

RECIBIMOS DE: Gemark Mancilla Conde — CC. 1.117.509.964

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000041757151

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-44-101165115-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0004175715

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

10/20/2022 10:24:04AM

172.16.10.23

Bogotá, Octubre 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 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 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 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 NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50'831.100)
e. Por el año gravable 2021, SI 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, 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 __24___ días del __Octubre___ de 2022.

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _Gemark Mancilla Conde__

C.C. No. _1117509964___