

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE			Código Regional	76
				Código Centro	912410
				Fecha Elaboración	Febrero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	90361-256390	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ		C.C.	14.889.880
Correo electrónico contratista:		jftrianap@sena.edu.co		IP/N° de contacto	192
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	SI
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	012470055505
				Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)	NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:		5783132/2024		N° Compromiso SIIF	15724
Valor Total del Contrato		\$ 44.655.450		N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato		\$ 44.655.450		Periodo objeto de pago	Del 01/02/2024 Al 29/02/2024
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA EN EL PROGRAMA DE AEM EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CONVENIO CON LA REGIONAL VALLE Y ATENDIDOS POR EL CAB 2024			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.618.393			\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero		Enero	
		-----		7911124771	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.618.393,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.465.545,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL II		\$ 18.700		\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%
\$ 1.116.386		\$ -		\$ -	Reteica - 8523 13.397,00 0,300%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916		\$ -		\$ -	Pro-UCEVA 22.328,00 0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916		\$ -		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500		\$ -		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
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		\$ -		\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Dependientes hasta \$ 1.506.080		\$ 446.555		\$ -	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 872.798		\$ -	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	
					VALOR A PAGAR \$4.429.820,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
ver informe mensual de actividades para el mes de febrero en el aplicativo sofia plus anexo certificaciones de salud pension y ARL correspondientes al mes de febrero de 2024					
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.					
JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ 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,					
HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ INSTRUCTOR G08					
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 ALBETH MARTINEZ VALENCIA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	14889880		NÚMERO PLANILLA:	7911124771					TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ			PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO	2024		
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE		DÍAS DE MORA:	0										
DIRECCIÓN:	CALLE 1 DN 20 34	TELÉFONO:	2000000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/02/13					NÚMERO AUTORIZACIÓN:	453259652				
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO													

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230201	230201- PROTECCION		1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000	
SUBTOTALES:											\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000	

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	
SUBTOTALES:														\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.800	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 6.800
SUBTOTALES:									\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 6.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	SALUD		ADMIN	DÍAS COT	IBC	ARP		DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD						EMPLEADOR	EMPLEADO				VALOR ADRES	TOTAL APORTE								CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 14889880	TRIANA PEREZ JOSE FERNANDO	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.638.732			NO							01-30										230201-PROTECCIÓN	30	1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	\$ 14889880	\$ 6.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 377.300



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **14889880** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14889880
NOMBRES Y APELLIDOS	JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	167
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 13/02/2024

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TRIANA PEREZ JOSE FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **14.889.880** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 1996 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024011318522

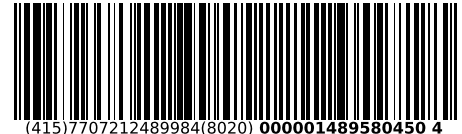
		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14895804504			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 148898801				6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Palmira	
14. Buzón electrónico 15							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 14889880		27. Fecha expedición 19851125	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 169		29. Departamento Valle del Cauca		30. Ciudad/Municipio Guadalajara de Buga	
31. Primer apellido TRIANA		32. Segundo apellido PEREZ		33. Primer nombre JOSE		34. Otros nombres FERNANDO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Valle del Cauca		40. Ciudad/Municipio Guadalajara de Buga		111	
41. Dirección principal CL 1 D NORTE 20 34 BRR AURES							
42. Correo electrónico jftriana15@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3176418670		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8551		47. Fecha inicio actividad 20230202		48. Código 6920		49. Fecha inicio actividad 20050103	
50. Código 1		51. Código 2419		52. Número establecimientos 1			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 52249							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1234567891011121314151617181920				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 2023 - 02 - 13 / 14 : 41: 32	
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre TRIANA PEREZ JOSE FERNANDO				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario 14895804504			
				(415)7707212489984(8020) 000001489580450 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 4 8 8 9 8 8 0 1		1		Impuestos y Aduanas de Palmira		1 5	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros			
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio			
Constitución, Registro y Última Reforma				Composición del Capital			
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 9		0 9		82. Nacional %	
72. Número						83. Nacional público %	
73. Fecha						84. Nacional privado %	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3		0 3		85. Extranjero %	
76. Fecha de registro		2 0 0 5 0 3 3 1		2 0 1 2 0 4 1 7		86. Extranjero público %	
77. No. Matrícula mercantil		0 0 0 0 6 5 5 3 5 6		4 8 3 2 0 - 1		87. Extranjero privado %	
78. Departamento		7 6		7 6			
79. Ciudad/Municipio		0 0 1		7			
Vigencia							
80. Desde							
81. Hasta							
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14895804504



(415)7707212489984(8020) 000001489580450 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 4 8 8 9 8 8 0 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Palmira

14. Buzón electrónico

1 5

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría financiera y asesor 6 9 2 0
162. Nombre del establecimiento ASESORIAS INTEGRALES TRIANA PEREZ	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Guadalajara de Buga 1 1 1
165. Dirección CR 14 5 53 ED CAMARA DE COMERCIO OF 404	
166. Número de matrícula mercantil 0 4 8 3 2 1 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 5 0 3 3 1
168. Teléfono 3 1 7 6 4 1 8 6 7 0	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 16/01/2023 08:26:00 Empresa PARTICULAR

Nombre JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ

Cargo CONTADOR PUBLICO

Doc. Identidad CC 14889880



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 VALORACION OCUPACIONAL
OSTEOMUSCULAR NORMAL

2 OPTOMETRIA ACEPTABLE

3 PERFIL LIPIDICO NORMAL

4 HEMOGRAMA NORMA

5 RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO

6 GLUCOSA EN SANGRE ACEPTABLE

7

8

9

CONCEPTO

NO presenta restricciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL, MEDIDAS DE ERGONOMÍA, PAUSAS ACTIVAS. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR.

CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR LA EMPRESA. INFORMAR SOBRE ESTADO DE SALUD PROPIO Y DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVA EN CASO DE COVID-19. CUIDADOS DENTRO Y FUERA DE LA EMPRESA.

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL, MEDIDAS DE ERGONOMÍA, PAUSAS ACTIVAS. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR

CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ALTERACION EN GLICEMIA

RESTRICCIONES LABORALES

NO PRESENTA RESTRICCIONES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐ NO ☒ ARLSI ☐ NO ☐ EPSSI ☐ NO ☐

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dr. Stella Tatiana Parra Lopez
Esp. Gerencia Salud Ocupacional
Univ. Pedagógica y Social Andina
LP 2158/25

STELLA TATIANA PARRA LOPEZ
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 38874534 RM: 760695SSV LP-2158/25

Trabajador: JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ
CC: 14889880

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

REDCONOCER

REDCONOCER LTDA

NIL 900678090 - 8

Dirección: CRR 1R # 1 - 37

Tel: 2391669

OPTOMETRÍA

Ingreso ☒

Egreso ☐

Decisión ☐

Caso ocupacional ☐

Fecha historia 16/01/2023 08:41:00

Doc. Identidad CC 14889880

Nombre JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ

Fecha Nacimiento. 15/08/1967

Entidad PARTICULAR

Edad 55 Ocupación CONTADOR PUBLICO

Fondo de pensión PROTECCION

EPS

ARL POSITIVA

Anamnesis

Último examen visual	Usa anteojos: Si ☒ No ☐	V.L. ☐ V.P. ☐ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☐	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☐	
Cirugías Si ☐ No ☐ Cuál?		
Accidentes oculares Si ☐ No ☐ Cuál?		
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐		
Ardor ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito ocular ☐ Salto de renglón ☐		
Antecedentes personales y/o familiares		Trae corrección óptica ☐

Agudeza Visual

C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	20/30	1.50 M			
O.I.	20/30	1.50 M			

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☐ Pterigio N ☐	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☐ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pingüecula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐	Pterigio T ☐ Pingüecula ☐ Nevus ☐ Blefaritis ☐
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐	Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma corneal ☐
Fuente principal de: ☐ Ocular	Fuente principal de: ☐ Ocular

Motilidad Ocular

CVT: VL	VP	HISHBERG
Ducciones	Versiones	PPC

Oftalmoscopia

F.O.A.N. ☐ Papila normal ☐ Brillo foveal normal ☐ Catarata ☐	F.O.A.N. ☐ Papila normal ☐ Brillo foveal normal ☐ Catarata ☐
Examen de fondo de ojo	Examen de fondo de ojo

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por confrontación
O.D: 15/15	O.D: NORMAL	O.D: NORMAL
O.I: 15/15	O.I: NORMAL	O.I: NORMAL

Refracción

Esfera	Cilindro	EJE	Adición	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	-		+	O.D:	-		+		
O.I:	-		+	O.I:	-		+		

Interpretación

No requiere corrección óptica	☐	Defecto refractivo no corregido	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☐	Gafas no formuladas	☐
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☒		

Diagnóstico

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☐	Corrección Óptica Ocasional ☐	Control 6 meses ☐	Control 1 año ☐
Optometría Clínica ☐	Valoración por oftalmología ☐	Valoración por ortóptica ☐	

Valoración Normal ☐ Anormal ☐

CONCEPTO

Apto ☐ No apto ☐	Observaciones: Control con optometría cambio de RX V.P
--	--

Magury Roldan Velez

MAGURY ROLDAN VELEZ
C.C 42018552

MAGURY ROLDAN VELEZ

Especialidad: OPTOMETRÍA

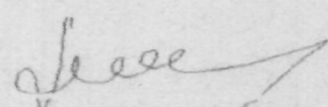
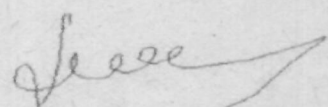
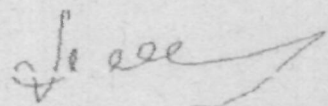
CC: 42018552 RM: 42018552

Doc: 14889880

Nombre : JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ

Edad : 55 Años Sexo : M

Entidad: PARTICULAR

Parametro	Resultado	Rango referencia
GLUCOSA		
Glucosa	103	70 110
		
ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO Especialidad: LABORATORIO CC: 31201496 RM: 31201496		
PERFIL LIPIDICO		
COLESTEROL	158	< 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	88	44-150 mg/dl
HDL	40	> 55
LDL	100	< 100
VLDL	18	< 30
		
ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO Especialidad: LABORATORIO CC: 31201496 RM: 31201496		
HEMOGRAMA		
LINFO	33,5	
NEUTRO	61,1	
RECuento LEUCOS	5,4	
RECuento DE PLAQUETAS	164	
		
ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO Especialidad: LABORATORIO CC: 31201496 RM: 31201496		

Paciente: TRIANA PEREZ JOSE FERNANDO	Identificación: 14889880	Nro. Servicio: 13160233	No. Paciente: 23565
Sexo/Edad: MASCULINO / 56 Años	Teléfono: 3104344961	Tipo servicio:	
Médico: CENTRO IMBANACO DE CALI	Fecha servicio: 21/12/2023	Fecha impresión: 18/01/2024 09:39 AM	
Empresa: SURA		Habitación:	

varían ampliamente con la edad (45 a 109)
MÉTODO: ENZIMÁTICO

OBSERVACIONES: Nuevos rangos de referencia por cambio de Técnica a partir de 04/12/2018.

OBSERVACIONES:

Jaime Lopez
BACTERIOLOGO
JAIME ANDRES LOPEZ RIVERA
REG. 16837392

PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDI ENTO Validado: 21/12/2023 04:30 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
FISICO QUIMICO		LIMITE INFERIORLIMITE SUPERIOR	
COLOR	Amarillo	Ambar a	
ASPECTO	Claro	Transparente o	
DENSIDAD	1.025	1.005	
PH	5.0	5.0	
PROTEINAS	Negativas	Negativo	mg/dl
GLUCOSA	Negativa	Negativo	mg/dl
CUERPOS CETONICOS	Negativos	Negativo	mg/dl
BILIRRUBINA	Negativas	Negativo	mg/dl
SANGRE	Negativa	Negativo	Ery/uL
NITRITOS	Negativos	Negativo	
UROBILINOGENO	Normal	0.2 a	1 mg/dl
LEUCOCITOS	Negativos	Negativos a	Menos 15/uL Leu/uL
SEDIMENTO URINARIO			
LEUCOCITOS	2	0 a	8 Por AP
CELULAS EPITELIALES BAJAS	1	Negativo	Escasas Por AP
BACTERIAS	ESCASAS	Negativas	Por AP

NOTA: Sangre en la tirilla es más sensible a hemoglobina -mioglobina que a eritrocitos,ausencia de hemólisis positivo en el sedimento Urinario

Jenny Fajardo R
BACTERIOLOGA
JENNY AMANDA FAJARDO COLORADO
REG. 38556010

TRIGLICERIDOS Validado: 21/12/2023 04:07 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Trigliceridos	49		mg/dL
Valores de Referencia definidos en ATP III (2004) Óptimo		Menor de 150	mg/dL

KATHERINE RAMIREZ VASQUEZ

PSICOLOGA

UNIVERSIDAD UNIMINUTO BUGA



EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 16/01/2023

EMPRESA: PARTICULAR/ BUGA

NOMBRE: JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ

CEDULA: 14.889.880

EDAD: 55 AÑOS CARGO: DOCENTE

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifica rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuo tranquilo, cuidadoso, pasivo, formal, uniforme, calmado, con capacidad de resolución de problemas, se fijan a una rutina y hábitos de vida bien estructurados, de ánimo estabilizado, altamente productivo, reflexivo, capaces de volver a sus objetivos, a pesar de las dificultades que se le presenten.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica para desempeñarse en el cargo.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

FIRMA DEL EVALUADOR:

Katherine Ramirez
Vásquez
Psicóloga
E.T.P 2584488

Katherine Ramirez V.
KATHERINE RAMIREZ VASQUEZ
C.C 31.710.622 DE CALI
PSICOLOGA

CALLE 6 # 13 48 OFICINA 203 CEL 310 473 4475 E MAIL: katherindecali2002@hotmail.com
GUADALAJARA DE BUGA



Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14889880 realizó el día 06/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14889880 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 -



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ** identificado con **CC No. 14889880**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	Fecha de afiliación: 01/03/2023 Fecha de inicio de cobertura: 01/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/11/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2 Cargo : PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012368589.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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



CERTIFICADO

**BUGA, VALLE,
COLOMBIA,
A quién interese**

13/02/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **14889880**

Posee en el banco Davivienda:

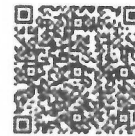
CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	012470055505
Fecha de apertura	01/08/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)



suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición GUADALAJARA DE BUGA, 30 DE ENERO DE 2024	Póliza 3836487-2	Documento 15537861
Intermediario NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	Código 51507	Oficina 048
		Referencia de Pago 01215537861

TOMADOR

CEDULA 14889880	Razón Social y/o Nombres y Apellidos JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ
Dirección CL 11 # 18 113	Ciudad GUADALAJARA DE BUGA
	Teléfono

GARANTIZADO

CEDULA 14889880	Nombres y Apellidos JOSE FERNANDO TRIANA PEREZ
--------------------	---

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT 8999990341	Nombres y Apellidos SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
-------------------	---

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	FECHA INICIAL 01-FEB-2024	FECHA VENCIMIENTO 31-MAR-2025	VALOR ASEGURADO 4.465.545,00	PRIMA 28.571,00
--	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01-FEB-2024	31-MAR-2025	424	01-FEB-2024	31-MAR-2025	\$28.571	\$5.428	\$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS

TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de: POLIZA NUEVA	Valor Asegurado Movimiento \$4.465.545	Prima Anual \$17.862	Total Valor Asegurado \$4.465.545,00
-------------------------------	---	-------------------------	---

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestación de servicios
NRO. DE CONTRATO C01.PCCNTR.5783132.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CONVENIO CON LA REGIONAL VALLE Y ATENDIDOS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA PARA LA VIGENCIA 2024.