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	84753-415681

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ALDEMAR VARGAS MEDINA aldevargas@sena.edu.co	C.C.	94.480.514	IP/N° de contacto	3016167393
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta? NO	Es Pensionado? NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	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	163939114
		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:	5845134/2024			N° Compromiso SIIF	29024		
Valor Total del Contrato	$ 22.327.725	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.327.725	1	Del	01/02/2024	Al	29/02/2024	$ 4.465.545,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.862.180		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.393**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	1060825300
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 872.798	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.393,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
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 - 8523	13.397,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
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	**$4.429.820,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe contractual mes de febrero
Entrega evidencias soportes necesarios para el pago del mes de febrero
Se anexa planilla de seguridad social mes de enero

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.



ALDEMAR VARGAS MEDINA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

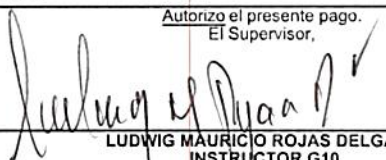
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-29, 10:08:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060825300

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810290353

PAGADO 29/01/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALDEMAR VARGAS MEDINA		
Documento	CC94480514	**Dirección**	CL 22A #11 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2382401
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BUGA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	59	00		R															0	30	30	1	30	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	1,044	$ 43.334	$ 500	(CCF57) COMFANDI	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 397.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 43.334	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 500	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 397.000	$ 0	$ 397.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) ALDEMAR VARGAS MEDINA , identificado(a) con CC 94480514 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/07/2015 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	VIGENTE
CC	31656928	PATRICIA BERMEO IMBACHI	VIGENTE
TI	1112405335	GERRARD VARGAS BERMEO	VIGENTE
TI	1112405336	BASTIAN VARGAS BERMEO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/02	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/03	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/04	0
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/04	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/05	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/06	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/07	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/08	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/09	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/10	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/11	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2023/12	30
CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	CC	94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA	2024/01	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CATORCE (14) días del mes de FEBRERO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974231198

(415)7707212489984(8020) 000001497423119 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 4 8 0 5 1 4	2 0 0 2 0 1 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	MEDINA	ALDEMAR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CL 7 4A E 04

42. Correo electrónico: alvame@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 7 2 2 3 8 2 8 5 7	3 0 1 6 1 6 7 3 9 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2024 - 01 - 22 / 09 : 49: 47

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VARGAS MEDINA ALDEMAR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.878

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VARGAS MEDINA ALDEMAR	MASCULINO	40 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	Tipo: CC	Número: 94480514

Cargo: **INSTRUCTOR**

Celular: **3016167393**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	TAMIZAJE CARDIOVASCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

POR SOBREPESO : DIETA ADECUADA, HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS , USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSGURIDAD PARA COVID 19 .

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Laura Anaya H. Médico General Medicina Ocupacional

Firma:

Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Aspirante o Trabajador

ALDEMAR VARGAS

Firma:

Nombre: VARGAS MEDINA ALDEMAR

CC: 94480514



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20,330

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	04 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

VARGAS MEDINA ALDEMAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 2 MESES 18 DÍAS	CC	94480514
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

Celular
3016167393

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	CONSULTA DE PSICOLOGÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVIA DESINFECCION DE MANOS Y PIES Y DILIGENCIADO FORMATO CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA COVID- 19, EN LA EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DEL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR, EVALUANDO LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS SIN HALLAR EN EL MOMENTO EVIDENCIA DE PÁDECER DE ENFERMEDAD RELACIONADAS POR COVID 19; SIN EMBARGO ESTA EVALUACION NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DIAS POSTERIORES NO PRESENTE LA ENFERMEDAD, EN CASO DE PRESENTAR ALGUN SINTOMA AL RESPECTO SE RECOMIENDA REALIZAR UNA NUEVA VALORACION MEDICA EN SU EPS.
ADEMAS MANTENER DISTANCIAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO, USAR TAPA BOCA, LAVADO DE MANOS CADA DOS HORAS, NO SALUDAR DE ABRAZOS Y BESOS.
POR OBESIDAD: DIETA ADECUADA BALANCEADA RICA EN FIBRAS, VERDURAS CONSUMO DE FRUTAS INGESTA DE AGUA BAJO CONSUMO DE SAL, AZUCARES ACTIVIDAD FISICA POR 30 MIN DIARIOS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS. CONSULTAR EN SU EPS, POR NUTRICIONISTA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.
-ADOPTAR Y FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ES VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS: (1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEXO EXTENSIÓN GENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA, (2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS (COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA. (3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA. (4) BAJAR DE PESO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Laura Anaya H.	Firma: ALDEMAR VARGAS
Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA	Nombre: VARGAS MEDINA ALDEMAR
R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420	CC: 94480514

C.C. 1.116.257.391 R.M. 137420-04 Médico General / Salud Ocupacional

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General- Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion 0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaría Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

FORMATO DE OPTOMETRIA

Ciudad: Buga Fecha: 09/04/21 Empresa: Sena

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos	Aldemar Vargas Medina				
No. Identificación:	94480.514	de	Buga	Sexo: Masculino ☑	Femenino ☐
Fecha de Nacimiento:	20/01/1984	Edad: 37	F. Ingreso	Antigüedad:	
Nombre del cargo actual o a desempeñar:	Instructor.		Sección:		

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de protección visual			
Pantallas de visualización	☐	Alta exigencia visual	☐	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☐	Según Exposición	☐
Iluminación inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☐	Líquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyección de Partículas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Síntomas Visuales				Usuario de lentes de Corrección	
Trastorno	☐	Conjuntivitis	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminución AV	☐		
Cataratas	☐	Trauma Ocular	☐	Cirugía Refractiva	☐	Fotofobia	☐	Visión Borrosa	☐	Uso Permanente	☐
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	Uso Ocasional	☐
Hipertensión Arterial	☐	Infección Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐	No usa	☑

4. EVALUACIÓN VISUAL

Rx en uso		VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
	O.D.						
	O.I.						

Estado Motor	Normal	CT	VL ⊕	VP ⊕	PPC 9cm
Reflejos pupilares	Presentes.				

O.D. O.I. Oftalmoscopia: Normal AO.

Visión Cromática	Visión estereoscópica	Campo Visual	Observaciones
Normal	40" 200	140°	

Rx Final				
	O.D. N	ADD.	Agudeza visual CC	20/20
	O.I. N	ADD.	Agudeza visual CC	20/20.

5. DIAGNOSTICO

Emétrope	☑	Astigmatismo	☐	Alteración del Campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopía	☐
Miopía	☐	Presbicia	☐	Alteración visión de profundidad	☐	Ojo Seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropía	☐	Desbalance muscular	☐	Alteración visión color	☐	Glaucoma	☐	Alteración Párpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección	☑	Lentes de corrección de uso ocasional	☐	Valoración Oftalmológica	☐
Apto con lentes de Corrección en uso	☐	Lentes de corrección de uso permanente	☐	Valoración Ortoptica	☐
Se da x de lentes de corrección por 1ª. Vez	☐	Cambio de Rx de lentes de corrección	☐		

Laura Anaya O.D.
C.C. 22.657.391
Médico General / R.M. 137420 - 04
Esp. Salud Ocupacional - Res. 0420

Firma Especialista y Registro

94'480 514

Firma y Cédula del Trabajador

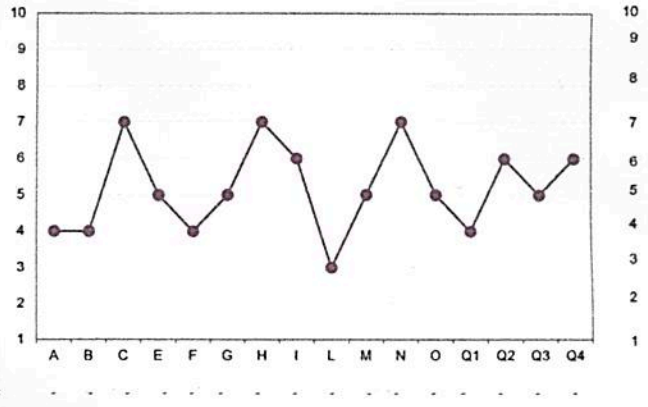
Estandarización Sistematizada del 16-PI _Marzo 2004

Uso confidencial

Nombre:	***ALDEMAR VARGAS MEDINA***		Edad:	***37***	Sexo: ***M***
Area de profesión:		***0*** Nivel de estudios:	***PROFESIONAL***		Forma ***A***
Distorsión:	***13 Distorsionador***	Negación	***1 Cooperativo***	Baremo:	***Adultos Varones***
Aplicado por:	***SONIA FALLA***	Fecha:	***08-abr-21***	IP:	***Indicador a profundizar***

10	A	Reservado/Abierto	4
6	B	Rto.Concreto/Abstracto	4
24	C	Inestabilidad/Estabilidad emocional	7
11	E	Sumiso/Dominante	5
13	F	Prudente/Impulsivo	4
16	G	Despreocupado/Escrupuloso	5
22	H	Timido/Espontáneo	7
12	I	Racional/Emocional	6
4	L	Confiado/Suspicaz	3
10	M	Practico/Soñador	5
12	N	Sencillo/Astuto	7
6	O	Seguro/Inseguro	5
7	Q1	Tradicionalista/Innovador	4
9	Q2	Dependencia Del Grupo/Autosuficiencia	6
15	Q3	Desinhibido/Controlado	5
4	Q4	Tranquilo/Tensionado	6

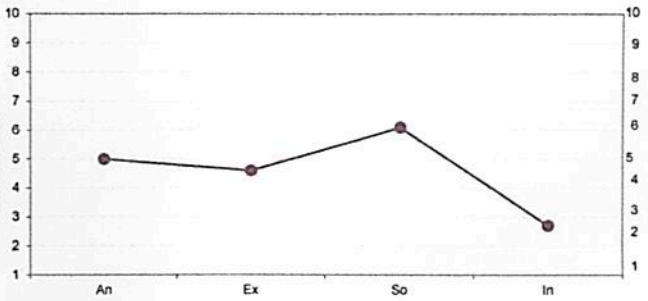
P.Directos ***Decatipos***



IP= Indicador a profundizar

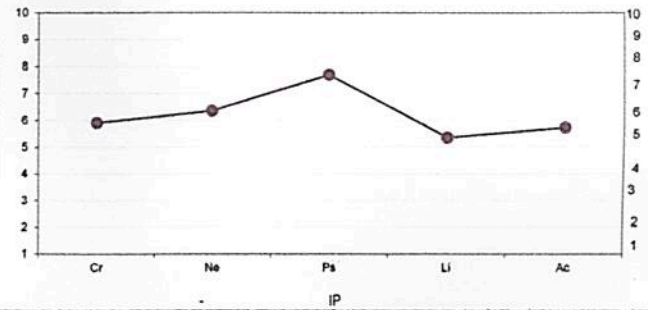
An	Baja/Alta Ansiedad	5,0
Ex	Introversión/Extraversión	4,6
So	Bajo/Alto control social	6,1
In	Dependencia/Independencia	2,7

Factores de Segundo Orden



Cr	Creatividad	5,92
Ne	Neuroticismo	6,36
Ps	Psicotisismo	7,7
Li	Liderazgo	5,37
Ac	Libres de accidentes	5,74

Ecuaciones Derivadas de Prefiles



Los siguientes textos son una herramienta para facilitar la interpretación de la prueba pero no constituyen la interpretación de la misma. Su uso debe hacerse desde la posición ética y profesional de la psicología.

A	Es una persona que no tiene preferencias entre permanecer y trabajar sola, o ser participativa socialmente.
B	Es una persona de juicio intelectual intermedio, no tiene niveles altos en manejar relaciones en termino de cómo se sitúan las cosas, sin embargo tampoco es bajo.
C	Es una persona emocionalmente estable, madura y tranquila. Se enfrenta adecuadamente a la realidad. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones.

E	Persona que presenta niveles equilibrados entre ser sumisa y dominante.
F	Es una persona con un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsiva.
G	Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales.
H	Es una persona sociable, espontánea, atrevida. Dispuesta a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales. Tiende a no ver signos de peligro.
I	La persona actua con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento.
L	Es una persona confiada, comprensiva, permisiva y tolerante. Cede ante los cambios, no parece preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las dificultades.
M	Persona que está guiada por realidades objetivas o en ocasiones puede ser imaginativa y abstraerse en su pensamientos.
N	Es sumamente astuta. Su mente es exacta y calculadora. Diplomática , calculadora, se desenvuelve bien en grupo. Ambisiosa y perspicaz.
O	Es una persona que puede mostrarse segura, tranquila, flexible y serena. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, trata de actuar libremente sin temores, aunque en algunas ocasiones puede mostrar lo contrario.
Q1	Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista.
Q2	Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, tiena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por si misma. Valora la privacidad y la libertad de escoger.
Q3	Tiene un nivel intermedio entre el autocontrol y la congruencia entre su autoconcepto percibido y deseados, de acuerdo con su cultura.
Q4	Presenta intermedio entre el estado de tensión y de tranquilidad ante si mismo y ante las situaciones.

Psicóloga
Reg. 76 - 0649
T.P. 136116

08/04/2021

ALDEMAR VARGAS MEDINA

Informe Psicológico Wartegg

Es seguro de si mismo, reconoce sus debilidades y fortalezas, y se adapta fácilmente a nuevas situaciones, es una persona astuta, su mente llega a ser calculadora, se desenvuelve bien en grupo.

En el recuadro numero dos, el candidato en cuestión no tiene en cuenta el estímulo.

Tiende a ser una persona ambiciosa aceptando competir con los demás.

Evidencia necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sentimientos de ansiedad, sin embargo, es una persona emocionalmente estable, madura y tranquila, no permite que sus necesidades emocionales afecten la realidad de sus emociones. Tiende a no culparse por sus acciones erradas.

Muestra dispersión de energía, es un individuo activo, pero que gasta más energía de la necesaria para el logro de sus objetivos.

Hay indicación de capacidad de asociación y de síntesis.

Ha aprendido a ser empático, sensible, atento a las necesidades de los demás.

Pasivo frente al sistema, acepta y acata las normas.

SONIA FALLA L.
Psicóloga
Reg. 76-0649
T.P. 136116

Psicólogo(a)

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.
Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion 0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

Paciente: VARGAS MEDINA ALDEMAR
CC. 94480514

Edad/Sexo 37 M
Fecha: 09/04/2021

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
	QUÍMICA VITROS 5600			
GLUCOSA EN SUERO	100	mg/dl	70 - 110	09/04/2021 10:12
COLESTEROL TOTAL	210	mg/dl	0 - 200	09/04/2021 10:12
VALOR OPTIMO : HASTA 200 RIESGO MODERADO: 200-239 RIESGO ALTO : >240				
Técnica:Enzimática Colorimétrica				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	45.2	mg/dl	35 - 55	09/04/2021 10:12
RIESGO ELEVADO : MENOR DE 35 mg/dl RIESSGO MODERADO:35-55 mg/dl RIESGO BAJO : MAYOR DE 55 mg/dl				
Técnica:Método colorimétrico enzimático Homogéneo				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	41.1	mg/dl		09/04/2021 10:12
RIESGO MUY ALTO : MAYOR DE 190 mg/dl RIESSGO ALTO: 160-189 mg/dl OPTIMO: MENOR DE 100 mg/dl				
Técnica:CALCULADO				
COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	34.8	mg/dl	0 - 34	09/04/2021 10:12
Técnica:CALCULADO				
TRIGLICÉRIDOS	210	mg/dl	0 - 150	09/04/2021 10:12
150-199 mg/dl DUDOSO 200-499 mg/dl ALTO > DE 500mg/dl MUY ALTO				
Técnica:Enzimática Colorimétrica				
INDICE ARTERIAL	3.0	%	0 - 4	09/04/2021 10:12
Técnica:CALCULADO				
	HEMATOLOGÍA			
HEMOGRAMA TIPO IV				
RECUENTO DE LEUCOCITOS.	4.42	x10^3/ul	4.8 - 10.2	09/04/2021 10:12
NEUTROFILOS EN NUMERO	4.62	x 10^3/ul	2 - 6.9	09/04/2021 10:12
LINFOCITOS EN NUMERO	3.10	x 10^3/ul	1.4 - 4.1	09/04/2021 10:12
MONOCITOS EN NUMERO	0.03	x 10^3/ul	0 - 0.9	09/04/2021 10:12
EOSINOFILOS EN NUMERO	0.15	x 10^3/ul	0 - 0.7	09/04/2021 10:12
BASOFILOS EN NUMERO	0.03	x 10^3/ul	0 - 0.2	09/04/2021 10:12

Laura Anaya H.
C.C. 22.857.391
Médico General / R.M. 137420 - 04
Esp. Salud Ocupacional - Res. 0420

CENTRO OCUPACIONAL
INTEGRAL BUGA S.A.S.
Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General- Esp. Salud Ocupacional.
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

Paciente: VARGAS MEDINA ALDEMAR Edad/Sexo 37 M

CC. 94480514 Fecha: 09/04/2021

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
	HEMATOLOGÍA			
NEUTROFILOS	40.4	%	37 - 75	09/04/2021 10:12
LINFOCITOS	31.1	%	28 - 45	09/04/2021 10:12
MONOCITOS	10.3		0 - 12	09/04/2021 10:12
EOSINIFILOS	1.4	%	0 - 7	09/04/2021 10:12
BASOFILOS	0.9	%	0 - 2.5	09/04/2021 10:12
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS.	5.41	x 10^6ul	4.69 - 6.2	09/04/2021 10:12
HEMOGLOBINA.	10.10	g/dl	13.5 - 17.1	09/04/2021 10:12
HEMATOCRITO.	25.0	%	40 - 52	09/04/2021 10:12
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDICO (MCV).	70.4	fL	80 - 96	09/04/2021 10:12
HEMOGLOBNA COPRUSCULAR MEDIA (MCH).	28.0	pg	27 - 32	09/04/2021 10:12
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC).	32.4	g/dl	32 - 36.4	09/04/2021 10:12
RDW CV	11.8	%	11.6 - 15.5	09/04/2021 10:12
RECUENTO DE PLAQUETAS.	220	x 10^3/ul	150 - 450	09/04/2021 10:12
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.2	fL	9 - 13	09/04/2021 10:12

Laura Anaya H.
C.C. 22.557.391
Médico General / R.M. 137420 - 04
Esp. Salud Ocupacional - U.S.C. 0420

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

Laboratorio Clínico Servi Labs
Buga - Valle del Cauca

30811009

Paciente:	**VARGAS MEDINA ALDEMAR**	Edad: 39 Años Sexo: Masculino	**Orden No.: 20230811009**
Historia:	94480514	CLIENTE	CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL S.A.S.
Fecha y Hora de ingr	2023-08-11 09:47	Direccion:	CR 4 12 - 24
Fecha de impresión:		Telefono:	3016167393

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	UROANALISIS		
ANALISIS FISICO QUIMICO			AMARILLO
COLOR	AMARILLO		11/08/2023 11:28
ASPECTO	LIG. TURBIO		11/08/2023 11:28
DENSIDAD	1.030		11/08/2023 11:28
PH	5.0		11/08/2023 11:28
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	11/08/2023 11:28
SANGRE	NEGATIVO	Células/uL	11/08/2023 11:28
CUERPOS CETONICOS (CETONURIA)	NEGATIVO	mg/dl	11/08/2023 11:28
BILIRRUBINA	NEGATIVO	mg/dl	11/08/2023 11:28
UROBILINOGENO EN ORINA	NORMAL	mg/dl	11/08/2023 11:28
NITRITOS	NEGATIVO		11/08/2023 11:28
LEUCOCITOS (Esterasa)	NEGATIVO	Células/uL	11/08/2023 11:28
EXAMEN MICROSCOPICO			1-3
CELULAS EPITELIALES BAJAS	1-3	x campo	11/08/2023 11:28
LEUCOCITOS	0-2	x campo	11/08/2023 11:28
HEMATIES	NEGATIVO	x campo	11/08/2023 11:28
BACTERIAS	ESCASAS		11/08/2023 11:28
OTROS.			11/08/2023 11:28
Cristales: Acido Úrico +			
MOCO	NO SE OBSERVA		11/08/2023 11:28

Dra. Liliana Marcela Paz Floid
Bacterióloga y Laboratorista clínica
RP: 22341
CC: 38.866.632

Dra. Liliana Arroyo H.
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 1074[illegible]

La interpretación de este análisis corresponde exclusivamente al Médico

Hace constar:

Que el Sr(a) ALDEMAR VARGAS MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94480514 realizó el día 07/02/2024 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ALDEMAR VARGAS MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94480514 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 -

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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, **ALDEMAR VARGAS MEDINA** identificado con **CC** No. **94480514**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 10/07/2009 **Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **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): 202401012385373.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 163939114

El Banco AV Villas certifica que: **Aldemar Vargas Medina**
identificado con el documento No. 94480514, tiene en la oficina BUGA CALLE 6 (161) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 163939114 desde el 17 de febrero de 2015.

Fecha de expedición: 22/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 01 DE FEBRERO DE 2024	3838748–9		15542639
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215542639

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 7 # 6 51		GUADALAJARA DE BUGA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
94480514	ALDEMAR VARGAS MEDINA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–FEB–2024	31–OCT–2024	2.232.773,00	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–OCT–2024	273	01–FEB–2024	31–OCT–2024	$28.571	$5.428	$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$2.232.773	$8.931	$2.232.773,00

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: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5845134.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA