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	**70053-582681**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RODRIGO BORDA CAICEDO	**C.C.**	14.893.623	**IP/Nº de contacto**	3156610326
Correo electrónico contratista:	jbordac@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO COOMEVA S.A. **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 **Nº Cuenta** 100172895901

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

Nº del contrato: 5779857/2024 **Nº Compromiso SIIF** 12024

Valor Total del Contrato	$ 44.655.450	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 44.655.450	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.953.309**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**00000000**
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	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 984.436	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.953.309,00	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

VER INFORME MENSUAL DEL MES DE FEBRERO DE 2024
SE ANEXA CERTIFICACION DE AFILIACION DE SEGURIDAD SOCIAL

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.

RODRIGO BORDA CAICEDO
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)

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14893623
NOMBRES Y APELLIDOS	Borda Caicedo,Rodrigo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Borda Caicedo,Rodrigo , a los 13 días del mes de febrero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RODRIGO BORDA CAICEDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14893623,** se encuentra afiliado/a desde **09/03/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14736823799

(415)7707212489984(8020) 000001473682379 9

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

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
BORDA	CAICEDO	RODRIGO	

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	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CL 16 61 24 AP 157 BL O BRR LIMONAR

42. Correo electrónico: rbordac@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 6 6 1 0 3 2 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 1 2 7	8 5 2 3	2 0 1 7 0 2 0 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
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 - 01 - 27 / 23 : 53: 53

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 BORDA CAICEDO RODRIGO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA DE EXAMEN 01/02/2023 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	RODRIGO			**Apellidos**	BORDA CAICEDO				
Identificación	CC	14893623	**Edad**	53 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		B +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BUGA			**Fecha de nacimiento**	24/02/1969	**Estrato**	3	
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3160435991			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CALLE 16 # 61-24			
EPS	SANITAS EPS S. A								
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			**Fondo de Pensiones**	COLPENSIONES				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	DOCENTE	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

OPTOMETRIA	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	GLICEMIA
HEMOGRAMA	PARCIAL DE ORINA	PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones
OBSERVACIONES	Se remite a valoracion por md de su eps por hiperglicemía

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL SEGUIR INDICACIONES DE OPTOMETRIA Y CONTROL ANUAL EN EPS AUTOCUIDADO FRENTE A COVID

SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		

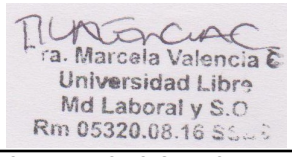
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Biológico)	SVE (Psicolaboral)

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 02/02/2023 2.39 PM

Nombres y Apellidos RODRIGO BORDA CAICEDO **Identificación** CC 14893623

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



MARCELA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29361412 RM: 05320.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador

RODRIGO
C.C 14893623
Firma del trabajador Evaluado



INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión 02/02/2023 2.40 PM

FECHA DEL EXAMEN 2023-02-01 09:40:00



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	RODRIGO		**Apellidos**	BORDA CAICEDO			
Identificación	CC	14893623	**Edad**	53 Años		**Genero**	M

LABORATORIO CLINICO		
GLICEMIA PRE		
RESULTADO	121	mg/dl 70 - 110 mg/dl
OBSERVACIONES	0	mg/dl 70 - 110 mg/dl
IMAGEN		
ADJUNTO		
ADJUNTO	RODRIGO BORDA.PDF	
ADJUNTO		mg/dl
ADJUNTO		
OSERVACIONES		
OBSERVACIONES	0	
OBSERVACIONES	0	
OBSERVACIONES	0	
PARCIAL DE ORINA		
EXAMEN FISICO		
COLOR	AMARILLO	
MICROSCOPICOS – SEDIMENTO URINARIO		
BACTERIAS	+	
EXAMEN FISICO		
ASPECTO	NORMAL	
MICROSCOPICOS – SEDIMENTO URINARIO		
CELULAS EPITELIALES	1-4XC	
EXAMEN FISICO		
DENSIDAD	1015	
MICROSCOPICOS – SEDIMENTO URINARIO		
LEUCOCITOS	0	
HEMATIES	0	
EXAMEN FISICO		
P.H.	6.0	
MICROSCOPICOS – SEDIMENTO URINARIO		
CRISTALES	0	
EXAMEN FISICO		
PROTEINA	0	
GLUCOSA	0	

CETONAS	0	
SANGRE	0	
NITRITOS	0	
BILIRUBINA	0	
UROBILINOG	0	

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	184	mg/dl 50-200
TRIGLICERIDOS	57	mg/dl 50-170
COLESTEROL HDL	79	mg/dl 45-100
COLESTEROL LDL	75	mg/dl 100-130
COLESTEROL VLDL	29	mg/dl Hasta 30 mg/dl
I.A.	2.3	Hasta 5.0

PERFIL LIPIDICO SALUD OCUPACIONAL

RESULTADO	0	

Daniela García

DANIELA GARCIA RUBIANO
C.C 1144090701 R:M 0
Firma y sello del Médico Evaluador

Laboratorio Clínico Especializado
nohemy cruz

N. de Orden: 02010879

www.nohemylab.com
Nit 900249465-6

Nombre: **BORDA CAICEDO, RODRIGO**
Teléfono:
Edad/Sexo: 53 Años / M

Historia: **14893623**
Fecha de Nacimiento: **24/02/1969**

Origen: HUMAN FINE LTDA
Fecha de Ingreso: **01-02-2023 - 09:45:16**

INFORME DE RESULTADOS

NOMBRE DE ESTUDIOS		RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
RECUENTO DE BLANCOS		5.7	10 ^3x mm^3	4.3 - 10
NEUTROFILOS%		50.1	%	46 - 72
NEUTROFILOS(#)		2.9	10 ^3 x mm^3	2.25 - 8.48
LINFOCITOS%		37.8	%	20 - 47
LINFOCITOS(#)		2.1	10 ^3 x mm^3	0.9 - 4.52
MONOCITOS%		9.2	%	0 - 11
MONOCITOS(#)		0.5	10 ^3 x mm^3	0.2 - 0.7
EOSINOFILOS%	*	1.3	%	2 - 4
EOSINOFILOS(#)		0.1	10 ^3 x mm^3	0.04 - 0.5
BASOFILOS%	*	1.6	%	0 - 1
BASOFILOS(#)		0.1	X 10ª3/ul	0 - 0.1
RECUENTO DE ROJOS		5.6	10^6 x mm^3	4.5 - 6
HEMATOCRITO		49.9	%	42 - 52
HEMOGLOBINA		17	g/dl	12.5 - 17
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO		89.7	fL	80 - 100
MCH		30.5	pg	28 - 33
MCHC		34	%	33 - 36
RDW	*	11.3	%	11.5 - 15
PLAQUETAS		209.3	10^3 x mm^3	150 - 450
MPV	*	6.4	fL	7 - 11
OBSERVACIONES		_		

Técnica: Citometria de Flujo.

Fin del Reporte

Responsable: MARIA GABRIELA BERMUDEZ
BACTERIOLOGA RES. 4208474
Fecha de Validación: 01/02/2023 03:16:58 p. m.



Sede Principal
Av. 5A N. 17N - 98 L. 101
Edificio Núcleo Profesional
Tel: 661 30 23 - 667 83 29
calidad@nohemylab.com

Consultorio 202
CDC / Centro Dermatológico de Cali
Calle 5B3 N. 38 - 44
PBX: 524 01 70 Ext: 202
Tel: 379 98 01
sedecdc@nohemylab.com

Sede Fecundar IPS
Cra. 40 N. 5B-105
Tel: 3797557
fecundar@nohemylab.com

FECHA DE EXAMEN 01/02/2023 12.00 AM

TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	RODRIGO		**Apellidos**	BORDA CAICEDO			
Identificación	CC	14893623	**Edad**	53 Años		**Genero**	M

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA		
CARGO	DOCENTE	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES OCULARES

TIENE ANTECEDENTES OCULARES	NO
ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS)	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

Ultimo Examen	Usa RX	OD	OI	CORRECCION
Entre 6 meses y 1 año	GAFAS			NO

SINTOMATOLOGIA

Nombre	No	Si	Observaciones
DISMINUCION AV LEJOS	X		
DISMINUCION AV CERCA		X	
ENROJECIMIENTO	X		
CANSANCIO	X		
DESVIACION OCULAR	X		
LAGRIMEO	X		
ARDOR	X		
PRURITO	X		
CEFALEA	X		
SECRECION	X		
RESEQUEDAD	X		
FOTOFOBIA	X		
OTROS			

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**
LEJANA	20/60	20/30	20/30	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
PROXIMA	2 m	2 m	2 m	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS	SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

Nombres y Apellidos RODRIGO BORDA CAICEDO **Identificación** CC 14893623

VL	VP
ORTHOFORIA	ORTHOFORIA

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	**OJO IZQUIERDO**
FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD	FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	**OJO IZQUIERDO**
+1.00	+0.75

RX FINAL

OJO DERECHO		
OD	+1.00	
AV	20/20	
ADD	+2.25	
AVC	0.50 m	
OJO IZQUIERDO		
OI	+0.50	
AV	20/20	
ADD	+2.25	
AVC	0.50 m	

PERCEPCION

VISION CROMATICA	NORMAL	
ESTEREOPSIS	NORMAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO OD	presbicia
DIAGNOSTICO OI	presbicia
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	tiene hipermetropia y presbicia debe usar gafas para trabajar

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Dr. Pedro A. Ospina López
Optometra - U. Lasalle
Reg. 20846

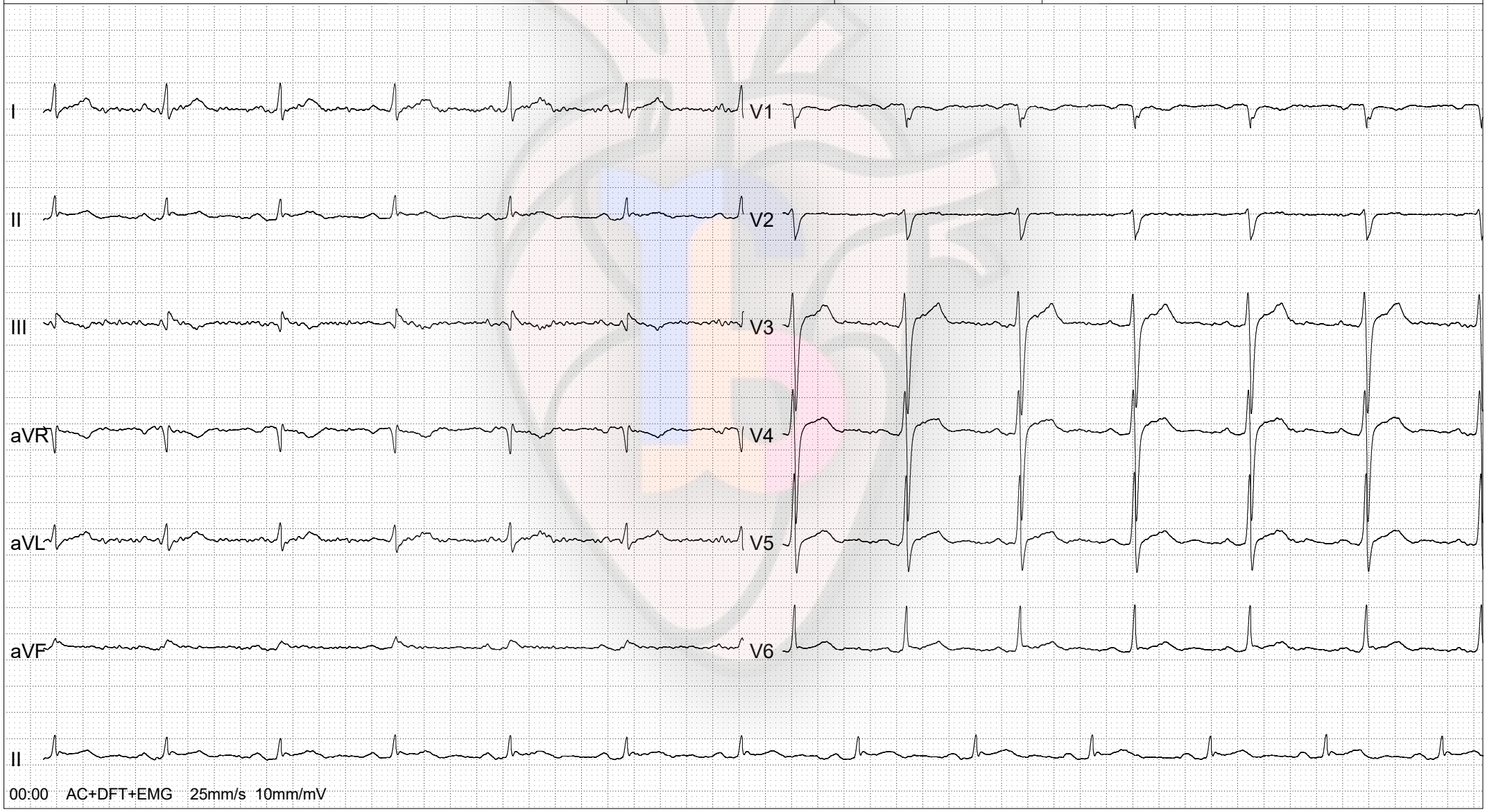
PEDRO ALEJANDRO OSPINA
RM: 20846
Firma y sello del Médico Evaluador

RODRIGO
C.C 14893623
Firma del trabajador Evaluado



Name:Rodrigo Borda Caicedo		Frequency:	1000Hz	QT Interval:	388ms	Prompt:	
Sex:Male	BedNo.:	Sample Time:	33s	QTc Interval:	413ms	Total Beats 36 ,Normal Beats 36 . in gear Sinus mode Target rate;Cardiac electric axis normal;	
Age:53Y	Date:23/02/2023 09:19:09	HR:	68bpm	P Axis:	34.60¡ã	Trazado normal	
SN:0000069	Section:	P Interval:	102ms	QRS Axis:	45.70¡ã		
Cli No.:	CaseNo.:14893623	QRS Interval:	110ms	T Axis:	13.10¡ã		
		T Interval:	236ms	RV5/SV1	1.32/0.43mV		
		PR Interval:	185ms	RV5+SV1	1.75mV	Doctor: Rafael Bustamante	

Dr. Rafael Bustamante Estrada
Cardiólogo-Internista
RM80875663



CERTIFICO QUE

El Señor **RODRIGO BORDA CAICEDO** Identificado No**. 14893623,** ingresa el servicio de Psicología el día 23 de febrero del 2023 solicitando valoración Psicológica.

Examen mental

Aparecía: Ingresa por sus propios medios, organizado en su presentación personal.

Actitud: Colaboradora

Afecto: Bien modulado

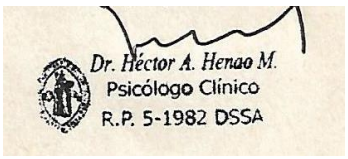
Pensamiento: Coherente, adecuada producción ideoverbal, lógico.

Sensorio: Orientado en el tiempo, lugar y persona.

Entorno familiar: Estable

Concepto Final: Personalidad y habilidades socio-emocionales adecuadas para interactuar en un entorno laboral.

Se emite el presente documento a solicitud del paciente, el día uno (23) de Febrero del año dos mil veinti y tres (2023) y tiene validez hasta el 31 de Dic del presente año.



Héctor Andrés Henao Mejía
Psicólogo Clínico

Av. 4 Norte No. 26N – 54 SAN VICENTE TEL: 3962707
sentirfisioterapiaavanzada@hotmail.com
SANTIAGO DE CALI

Hace constar:

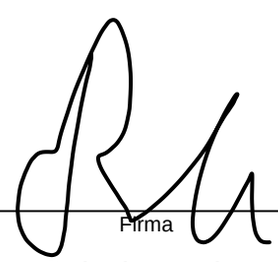
Que el Sr(a) RODRIGO BORDA CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893623 realizó el día 13/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 RODRIGO BORDA CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893623 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, **RODRIGO BORDA CAICEDO** identificado con **CC** No. **14893623**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de afiliación:** 29/09/2009 **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): 202401012368530.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

NIT 900.406.150-5

OFICINA Oficina Chipichape

CERTIFICA QUE:

El Cliente BORDA CAICEDO RODRIGO, identificado con Cédula de Ciudadanía No.14893623 de BUGA (VALLE DEL CAUCA), tiene vínculos financieros con nuestra entidad a través del producto Cuenta de Ahorros No.100172895901, con apertura el día 2011/09/30 la cual se encuentra activa a la fecha y presenta un buen manejo. Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 24 de mes de Enero del año 2024.

Atentamente,

Jorge luis lugo j

Colaborador Bancoomeva

Usuario:JLLJ5843

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 29 DE ENERO DE 2024	3834916–1		15535732
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215535732

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
14893623	RODRIGO BORDA CAICEDO		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 16 # 61–24		GUADALAJARA DE BUGA	2242202

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
14893623	RODRIGO BORDA CAICEDO

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–MAR–2025	4.465.545,00	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–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:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.465.545	$17.862	$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: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5779857.
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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3834916–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **RODRIGO BORDA CAICEDO** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15535732 expedida el día 29 de Enero de 2024 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$28,571
Impuestos	$	$5,428
Total	$	$33,999

Para constancia se firma en GUADALAJARA DE BUGA a los 29 días del mes de Enero de 2024.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3834916–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **RODRIGO BORDA CAICEDO** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15535732 expedida el día 29 de Enero de 2024 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en GUADALAJARA DE BUGA a los 29 días del mes de Enero de 2024.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A