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	**25960-067199**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DANIEL RENGIFO MEDINA	**C.C.**	14.889.437	**IP/Nº de contacto**	3184156050
Correo electrónico contratista:	drengifom@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: 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 **Nº Cuenta** 156750775

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: 5860657/2024 **Nº Compromiso SIIF** **34824**

Valor Total del Contrato	$ 43.018.084	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.018.084	**1**	**Del**	**12/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.828.179,00**
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 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	$ 2.828.179		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	**$ 2.828.179**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.833.059**		**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	----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 707.044	$ -	
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	$ 611.020	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.833.059,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.828.179,00	
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	8.485,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	14.141,00	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	**$2.805.553,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver informe mensual de actividades de Febrero
Se anexa certificaciones de seguridad social y pensión en estado activo.

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.

DANIEL RENGIFO 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,

GERMAN SUAREZ GARCIA
INSTRUCTOR G20

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

EL ORDENADOR DEL PAGO

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIEL RENGIFO MEDINA identificado(a) con CC 14889437 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE BUGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de enero del año 2024.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL RENGIFO MEDINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14889437,** se encuentra afiliado/a desde **12/05/2003** 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 14 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 14892130562

(415)7707212489984(8020) 000001489213056 2

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

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
RENGIFO	MEDINA	DANIEL	

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: CR 8 21 33 BRR FUENMAYOR

42. Correo electrónico: danielrengifo07@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 4 1 5 6 0 5 0	3 1 7 6 3 9 4 4 7 5 9

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
8 5 4 1	1 9 9 9 0 2 0 1	8 5 4 3	2 0 0 7 0 1 0 1	1 0 1 1			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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2023 - 01 - 30 / 14 : 20: 20

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 RENGIFO MEDINA DANIEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

OPTIVALLE

HISTORIA CLINICA

HC No. CC 14889437

Nombre: **RENJIFO MEDINA DANIEL** Edad: **54 A** Sexo: **M** Fecha: **18/03/2022 6:00 PM** Consulta: **1**

Direcc: **CARRERA 8 21 -33 BUGA** Tels: **3184156050 -** Est. Civil: **SOLTERO** Reg.: **43992**

Ocupa.: Responsable: **-** Tels:

Aseguradora: **IPS005 PARTICULAR** Tipo Usuario: **Cotizante A**

Servicio originado por ENFERMEDAD GENERAL

Motivo de Consulta

MPC: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL: HIPERTENSO EN TRATAMIENTO.

OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
REFRACTIVO			
Rx en Uso M:	+2.00	Rx en Uso M:	+2.00 SOLO DE CERCA
Rx en Uso LC:	PERO NO LAS TRAJO, EL DICE QUE ES	Rx en Uso LC:	ESTA FORMULA.
AV SC Lej:	20/25 Cerca: 2.0M	AV SC Lej:	20/25 Cerca: 2.0M
Refracción:	+0.75	Refracción:	+0.75
Rx Final:	+0.50 x ADD +2.00 AVFL 20/20	Rx Final:	+0.50 x ADD +2.00 AVFL 20/20

SEGMENTO ANTERIOR

SEGMENTO POSTERIOR

CONDUCTA

DAR CORRECCION OPTICA

CONTROL EN 1 AÑO

DIAGNÓSTICO

TEST DE COLOR: PLATO 1 AL 12 NORMAL

ESTEREOPSIS: 50 SEG DE ARCO

H524 PRESBICIA

Dr@.Atendió

YANNETH CANCELADO PAEZ

REG. 2656

Yanneth Cancelado
OPTOMETRA
ORTOPTISTA

Escaneado con CamScanner

SIGMA OCUPACIONAL

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

PACIENTE: DANIEL RENGIFO MEDINA
IDENTIFICACION: 14889437
FECHA EXAMEN: 18/03/2022
EDAD (AÑOS): 54
ORDEN: 628094
FECHA NACIMIENTO: 14/04/1967
SEXO: MASCULINO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	85	mg/dl	65 - 100
COLESTEROL TOTAL	163	mg/dl	HASTA 200
TRIGLICERIDOS	80	mg/dl	MENOR DE 150
COLESTEROL DE HDL	47	mg/dl	MAYOR O IGUAL > 60
COLESTEROL DE VLDL	16	mg/dl	0.0 - 35
COLESTEROL LDL	100	mg/dl	100 - 129
INDICE ARTERIAL	3.4	-	MENOR DE 0 - 5.0

Mardoris Cedeño A.

Mardoris Cedeño Ayala
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
TP 23961

REDCONOCER

NIT: 900678090-8

RESULTADOS

FECHA: 2023-02-02 **HORA:** 15:40:50

14889437

CITOQUIMICO DE ORINA

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	DANIEL RENGIFO MEDINA	**DOCUMENTO:**	14889437	**EDAD:**	55.8 Años
DIRECCIÓN:	0 Guadalajara de Buga	**TELÉFONO:**	0	**F.Nacimiento:**	1967-04-14
EMPRESA:	- - - - - - -			**GENERO:**	M

ANALISIS	RESULTADO	V.REFERENCIA
Aspecto	Transparente	Transparente
Color	Normal	Amarillo
Densidad	1030	1010 - 1030
PH	5.0	5.0 - 6.0
Glucosa	Negativa	Negativa
Proteinas	Negativa	Negatva
Urobilinogeno	Normal	Normal
Bilirrubina	Negativa	Negativa
Nitritos	Negativos	Negativos
Cetonas	Negativa	Negativa
Leucocitos	Negativo	Negativo
SEDIMENTO	Se observa cel epi: 1-3 leuc:1-3 bact: escasas	
Hemoglobina	Negativo	Negativo



DANIEL RENGIFO MEDINA

Responsable: ALBA NELLY LIBREROS JARAMILO

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 18 #4-37 Guadalajara de Buga - Colombia **PBX: 239 1669**

www.redconocer.com redconocerltda@gmail.com

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

PACIENTE:	RENGIFO MEDINA DANIEL		
EDAD	54 Años	**SEXO**	Masculino
HISTORIA:	14889437	**FECHA INGRESO:**	18/03/2022 11:43
ORDEN:	20220318041	**FECHA IMPRESIÓN:**	18/03/2022 12:25
FECHA NACIMIENTO:	14/04/1967		

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO TIPO IV

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.9	X10³/ul	4.5 - 11.0
LINFOCITOS EN NUMERO	3.27	X10*3/ul	1.20 - 3.50
CELULAS MIXTAS EN NUMERO	0.37	X10*3/ul	0.10 - 1.00
NEUTROFILOS EN NUMERO	4.26	X10*3/ul	1.80 - 7.70
LINFOCITOS %	41.30	%	20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS%	4.63	%	3.00 - 10.00
NEUTROFILOS %	54.07	%	45.00 - 65.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.05	X10*6/ul	4.20 - 6.20
HEMOGLOBINA	15.8	gr/dl	13.8 - 17.2
HEMATOCRITO	44.7	%	40.0 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	88.6	fL	80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.3	pg	26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	35.3	gr/dl	32.0 - 36.0
RDW-SD	42.9	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	13.8	%	10.0 - 15.0
PLAQUETAS	228	X10³/ul	150 - 400
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	8.8	fL	6.5 - 11.0
PDW	14.8		
PLAQUETOCRITO	0.200	%	
PLCR	29	%	

Bacteriologa sección:

Dra. Silvia Nancy Mazuera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP 763451

SIGMA OCUPACIONAL SAS
NIT : 901102991-0
LSST Resol. 1220-54 No. 3595 de 21/12/2021

Cra 32A # 24-77 B/Alvernia, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2343555
sigmaocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
-0001-11-30	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Dermatológico, Osteomuscular	**628094**



Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
DANIEL RENGIFO MEDINA	CC 14889437	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1967-04-14	54 años	A+	113 kilogramos	183 centimetros	33.74

Dirección Residencia	Teléfonos
CRA 28 N 21 33 BARRIO FUENMAYOR	3184156050

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR	NIT 172606.125200 SENA	SENA

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2022-03-18. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Optometría Ocupacional (Manual) (2022-03-18), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2022-03-18), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2022-03-18), Colesterol Total (2022-03-18), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2022-03-18), Hemograma IV Metodo Automatico (2022-03-18), Trigliceridos (2022-03-18)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Cardiovascular: Riesgo Moderado
Dermatológico: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Restricciones Médicas: Sin Restricciones

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- **Control Médico en** 12 meses..
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

Otras Recomendaciones: APTO PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES, CONTROL PESO, RIESGO MODERADO SOBREPESO , SE RECOMIENDA MANEJO

Se anexa documento con Recomendaciones Medico Laborales para el trabajador.

Firma Especialista
Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera
Registro No.: 76-4298/07
LSST.: 1216/12

Firma del Usuario
DANIEL RENGIFO MEDINA
CC.: 14889437

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/lk5z4qmx-opy3-fg54-4zum-7ajog73wr8py
Fecha Impresión: 2022-03-18 15:48:14 125200

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
-0001-11-30	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Dermatológico, Osteomuscular	**628094**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
DANIEL RENGIFO MEDINA	CC 14889437	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1967-04-14	54 años	A+	113 kilogramos	183 centimetros	33.74

EPS	ARL	AFP
Nueva EPS	- No Recuerda -	Colpensiones

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR	NIT 172606.125200 SENA	SENA



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2022-03-18, el médico Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, generó las siguientes recomendaciones médicas:

Restricciones Médicas: Sin Restricciones.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.
- Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Distanciamiento físico de mínimo 1 metro para evitar contagio por COVID-19.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

Otras Recomendaciones: PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE

La empresa **SENA** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST
SENA

Firma del Usuario
DANIEL RENGIFO MEDINA
CC.: 14889437
Fecha de recibido:

REDCONOCER

NIT: 900678090-8

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

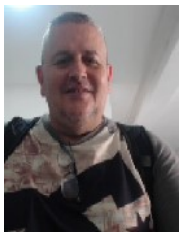
FECHA: 2023-02-02

14889437

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA



PACIENTE:	DANIEL RENGIFO MEDINA	**DOCUMENTO:**	14889437	**EDAD:**	55 Años
DIRECCIÓN:	0Guadalajara de Buga	**TELÉFONO:**	0	**GENERO:**	M
ESCOLARIDAD:	Secundaria_completa	**CATEGORIA DE LICENCIA:**	N/A		

BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	3	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones: EL CANDIDATO NO PRESENTA ALTERACIONES EN SU COMPORTAMIENTO, NI EN SU PERSONALIDAD.

Responsable: LYNDA MARIA OTALORA BEJARANO DANIEL RENGIFO MEDINA

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 18 #4-37 Guadalajara de Buga - Colombia PBX: 239 1669
www.redconocer.com redconocerltda@gmail.com

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / 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 Identificado(a) con cédula de ciudadanía 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 -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DANIEL RENGIFO MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14889437 el día 14/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1115076765
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	658	13/02/2024	CC 14889437	RENGIFO MEDINA DANIEL	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

621E18852C1C5695951D1191C04C1EB2 Certificado impreso el día 2/12/2024 7:57:02 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

DANIEL
RENGIFO MEDINA
14889437

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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. 156750775

El Banco AV Villas certifica que: **Daniel Rengifo Medina**

identificado con el documento No. 14889437, tiene en la oficina TULUA CENTRO (154) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 156750775 desde el 05 de febrero de 2010.

Fecha de expedición: 21/01/2024

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 07 DE FEBRERO DE 2024	3843524-6		15551673
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215551673

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
14889437	DANIEL RENGIFO MEDINA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CRA 8 # 21- 33		GUADALAJARA DE BUGA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
14889437	DANIEL RENGIFO 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	07-FEB-2024	31-MAR-2025	4.301.808,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
07-FEB-2024	31-MAR-2025	418	07-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	$4.301.808	$17.207	$4.301.808,00

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.5860657.
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

Scanned with AnyScanner