SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**34508-019497**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS DIAZ CERRA	**C.C.**	72.013.330	**IP/Nº de contacto**	52089
Correo electrónico contratista:	jcdiaz033@misena.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: BANCOLOMBIA **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** 48759987872

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: 5771244/2024 **Nº Compromiso SIIF** **19824**

Valor Total del Contrato	$ 47.334.777	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.334.777	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.664,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.995.113		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ATENCION INTEGRAL AL CLIENTE RADICADO 08-9-2024-001641 ...PZO 17/12/2024

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.664		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.339.664**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 828.674**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7912375891**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 346.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 43.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 55.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 1.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 334.916	$ -	
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	$ 133.966	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 276.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	828.674,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.240.764,00	
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 - 8299	12.408,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$1.327.256,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA
Fichas: 2875480 - 2875481 - 2805788

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.

JUAN CARLOS DIAZ CERRA
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,

LINDA EVELIN PICHON RONCALLO
INSTRUCTOR

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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 72013330

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	JUAN CARLOS DIAZ CERRA		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	72013330
Ciudad/Municipio	BARRANQUILLA	Departamento	ATLANTICO
Dirección	CLL 68 48 72	Teléfono	3638088
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7912375891**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	diciembre / 2023	Periodo Cotización Salud	diciembre / 2023
Dias de Mora	35	Fecha Pago	2024/02/14
Número Autorización	453877868		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JUAN CARLOS	Apellidos	DIAZ CERRA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	72013330
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	ATLANTICO	Municipio	BARRANQUILLA
Salario Básico	$ 1.160.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	15															

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	15	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 580.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 92.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 92.800**

SALUD			
Dias	15	Administradora	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 580.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 72.500
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 72.500**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	15	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 580.000
Centro de Trabajo	72013330	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 3.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 168.400**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72013330
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS DIAZ CERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLL 68 48 72	TELÉFONO:	3638088
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7912375891**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		35			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	453877868

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 92.800	$ 3.000	$ 95.800
SUBTOTALES:										**$ 92.800**	**$ 3.000**	**$ 95.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.500	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 72.500	$ 2.300	$ 0	$ 74.800
SUBTOTALES:													**$ 72.500**	**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 74.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.100	$ 3.100	$ 100	$ 0	$ 3.200
SUBTOTALES:									**$ 3.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 3.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14972098681

(415)7707212489984(8020) 000001497209868 1

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

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	7 2 0 1 3 3 3 0	1 9 8 3 1 2 1 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Baranoa 0 7 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZ	CERRA	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Galapa 2 9 6

41. Dirección principal
CL 4 C 58 60

42. Correo electrónico jcdiazcerra@hotmail.com

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

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857080

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 761331

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIoN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 10/01/2023	EMPRESA EN MISION: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
NOMBRE: DIAZ CERRA JUAN CARLOS		DOC. IDENTIDAD: CC 72013330	
CARGO: INSTRUCTOR SENA		EDAD: 55 AÑOS	
ESTADO CIVIL: CASADO(A)	FECHA DE NACIMIENTO:	EPS: SURA	
DIRECCION: CIUDAD JARDIN		TELEFONO: 3004180221	
PESO: 84 Kg	TALLA: 175 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 27.43



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) HEMOGRAMA IV OCUPACIONAL DE INGRESO 2) GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA 3) ELECTROCARDIOGRAMA 4) OPTOMETRIA 5) EXAMEN MEDICO 6) LIPEMIA

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [X] NO [ ]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [X] NO [ ]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

1.SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE.
2.DIETA SANA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150 A 300 MINUTOS POR SEMANA (OMS), PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC)
3.IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS
4.HIGIENE POSTURAL.
5.CAPACITACION EN TECNICAS DE MANIPULACION DE CARGAS. (PARA TRABAJADORES EXPUESTOS)
6.PAUSAS ACTIVAS.
7.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.
8.SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DE 2020 NO PRESENTA PREEXISTENCIAS DIAGNOSTICADA SUCEPTIBLES DE AGRAVAR POR COVID-19
9.IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE
10. SIN ALTERACION DE LA CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO
11. IMC 27.4 VALORACION POR NUTRICION EPS
12. SE SUGIERA REALIZAR ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL
13. SE RECOMIENDA NO LEVANTAR MAS DE 10 KILOS DE PESO
14. PRUEBA PSICOMETRICA NORMAL, PRESENTA BUENA CONFIANZA EN SI MISMO, BUENA ACTITUD

CONCEPTOS OCUPACIONALES

OBSERVACIONES Y/O REMISIONES

NATALIA LUCIA CASTILLA MERCADO
CC 55242986
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 55242986
RS. 1410

Empresa: SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS
Teléfono: 3857980
Fax: 0
Dirección: CL 70 #48-56

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

Resultado de Prueba

Id Examen: 2618
Nombre de Prueba: VS-V Colombia
Fecha del Examen: 10/01/2023
DOC 8565518
Estándar de Visión: Default
Administro por: ADMIN

En el Pasado, Examina por:
Anteojos- Lentes de Contacto:
Problemas con los Ojos:

Nombre Prueba	Distancia	Luminocidad	Estado	Resultado
Agudeza Ojo Derecho	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/20
Agudeza Ojo Izquierdo	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/25
Agudeza Binocular	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Agudeza Binocular	Intermedio 1	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Phoria	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Superior:6, Inferior:4
Estereopsis	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: L-5, 85% Cruz
Vision de Color (Rojo / Verde)	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Tres Correctos
Vision de Color (Azul / Violeta)	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Tres Correctos
Vision Periferica	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Izquierdo:70° Derecho:70°
Periferica Vertical	Lejos	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Ve todas las luces
Agudeza Ojo Derecho	Cerca	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/20
Agudeza Ojo Izquierdo	Cerca	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/25
Agudeza Binocular	Cerca	Dia	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Phoria	Cerca	Dia	Pasa	Pasa la prueba: Superior:5, Inferior:4
Estereopsis	Cerca	Dia	Pasa	Pasa la prueba: L-5, 85% Cruz
Sensitividad Contraste	Lejos	Noche	Pasa	Pasa la prueba: 10%
Recuperación visual al encandilamiento	Lejos	Noche	Pasa	Pasa la prueba: Seis o más correctos

Notas: VISION NORMAL

PASA

Mast Concepts
2200 Dickerson Road - Reno, NV 89503
Tel: 775-324-2799 - Fax: 775-324-5375
E-mail: sales@keystoneview.com
www.keystoneview.com

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels .Directos: 360 6340 -385 7960 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta .cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

CLAVE: b9d9

Fecha de recepcion: 10-ene.-2023 11:14 am **1101121**
Fecha de impresion:
Empresa PARTICULAR SERVICIO NACIONAL DI
Sede BOLSA DE EMPLEO

Preliminar

Medico MEDICOS VARIOS
Servicio CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA			
RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFO			
LEUCOCITOS (WBC)	7.30	x 10^3/uL	5 a 10
% LINFOCITOS	36.12	%	17 a 45
% NEUTROFILOS	56.11	%	55 a 70
% MONOCITOS	6.74	%	3 a 14
% EOSINOFILOS	0.26	%	1 a 5
% BASOFILOS	0.77	%	0 a 2
LINFOCITOS # ABS	2.64	x10^3/uL	
NEUTROFILOS #ABS	4.10	x 10^3/uL	
EOSINOFILOS # ABS	0.02	x 10^3/uL	
BASOFILOS # ABS	0.06	x 10^3/uL	
MONOCITOS # ABS	0.49	x 10^3/uL	
GLOBULOS ROJOS	5.64	x10^6/uL	4.2 a 6.2
HEMOGLOBINA	16.76	g/dL	12.5 a 18
HEMATOCRITO	47.89	%	36 a 54
VOLCORPMEDIO(MCV)	84.94	fL	80 a 96
HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)	29.73	pg	27 a 33
CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)	35.00	g/dL	32 a 36
ANCHO DISTRIB ERITROCITOS(RDW-CV)	11.19	%	
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	296.6	x10^3/uL	140 a 440
VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)	7.8	fL	
ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	0.2	%	
ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)	20.3	GSD	

Sandra Piedad Bueno

Sandra Piedad Bueno Bohórquez
51.664.582
Pontificia Universidad Javeriana

VIGILADO SUPERSALUD

Sexo:	masculino
Altura:	-.- cm
Peso:	-.- kg
PA:	- / - mmHg

Med:
Notas:

FC 77 /Min

Ejes

P	90 °
QRS	58 °
T	28 °

Intervalos

RR	770 ms
P	72 ms
PQ	74 ms
QRS	260 ms
QT	456 ms
QTc	520 ms

Interpretación
SENA

Trazado Normal

Dr. Iván Ruiz Parrilla
Cardiología - Medicina Interna
RM 1839/95

Validado por Default user / 10.01.2023 12:15:36

Nº Pac.: 8565518



10.01.2023 00:18:12

SEMA-200 2.50 /611.05731 (AT-101 132)

Pagina 1

ERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS
Calle 70 No. 48-56
Teléfono: 3857980 - Celular: 3174422432
e-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com
Barranquilla - Atlántico

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels. Directos: 360 6340 -385 7960 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta .cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102950 - 3167117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

CLAVE: b9d9

Fecha de recepcion: 10-ene.-2023 11:14 am **1101121**
Fecha de impresion:
Empresa PARTICULAR SERVICIO NACIONAL DI
Sede BOLSA DE EMPLEO

Preliminar

Medico MEDICOS VARIOS
Servicio CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
LIPEMIA			
COLESTEROL TOTAL	209	mg/dL	
Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO			
ACEPTABLE: HASTA 200 mg/dL, MODERADO : 200 - 239 mg/dL, ELEVADO. MAYOR O IGUAL A 240mg/dL			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	60.70	mg/dL	
Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO			
HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 55mg/dL			
RIESGO MODERADO: 35 - 55 mg/dL			
ALTO RIESGO: MENOR DE 35 mg/dL			
MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65mg/dL			
RIESGO MODERADO: 45 - 65 mg/dL			
ALTO RIESGO: MENOR DE 45 mg/dL			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	118.00	mg/dL	0 a 130
SEMIAUTOMATIZADO			
VLDL COLESTEROL	30.30	mg/dL	0 a 30
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	90	mg/dL	74 a 106
Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO			
LIPEMIA			
TRIGLICERIDOS	151	mg/dL	
Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO			
VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl			

BEATRIZ ESPINOSA DE CASTRO
CC 23061496
INSCRIPCION252 FES 01-5823

VIGILADO Supersalud

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 realizó el día 04/02/2024 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 JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 realizó el día 15/02/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 realizó el día 14/02/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 realizó el día 14/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS DIAZ CERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72013330 el día 04/02/2024 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

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, **JUAN CARLOS DIAZ CERRA** identificado con **CC** No. **72013330**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 01/11/2016 **Fecha de inicio de cobertura:** 23/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012414469.

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

Certificado Bancario

Miércoles, 14 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN CARLOS DIAZ CERRA identificado(a) con CC 72013330, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48759987872	2016/05/18	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **JUAN CARLOS DIAZ CERRA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **72013330** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 72013330
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CARLOS DIAZ CERRA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	408
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	44

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **10/01/2024**

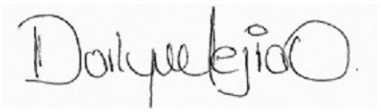
ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS DIAZ CERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72013330,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2015** 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 10 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
VALLEDUPAR, 20 DE ENERO DE 2024	3828356–2		15519078
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
LOLIMAR CASTILLA QUINTERO	17417	039	01215519078

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
72013330	JUAN CARLOS DIAZ CERRA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 9 D # 50 A – 45		BARRANQUILLA	3638088

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
72013330	JUAN CARLOS DIAZ CERRA

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	22–ENE–2024	17–ABR–2025	4.733.478,00	50.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
22–ENE–2024	17–ABR–2025	451	22–ENE–2024	17–ABR–2025	$50.000	$9.500	$59.500

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.733.478	$18.934	$4.733.478,00

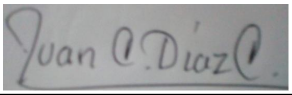
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	039	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		



FIRMA AUTORIZADA



FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
17417	LOLIMAR CASTILLA QUINTERO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	50.000

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
NÚMERO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.5771244 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ATENCION INTEGRAL AL CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA