SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**21 de Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**85350-267233**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO ACEVEDO VILA	**C.C.**	91.282.519	**IP/Nº de contacto**	3106782049
Correo electrónico contratista:	jhonjairoacevedovila@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 61665425426

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: 5841666/2024 **Nº Compromiso SIIF** **9724**

Valor Total del Contrato	$ 44.655.300	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 44.655.300	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.530,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.770		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR LA FORMACION DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER CONSERVACION DE RECURSOS NATURALES PL 300 DIAS VR MES $4.465.530

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.530		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	**$ 4.465.530**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.383**		**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	----------	**7911052894**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.212	$ 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 / $ 1.116.382	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 446.553	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 872.794	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.383,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	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	**$4.465.530,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Proceso de formación Articulación con la media en conservación de recursos naturales ficha 2705642-Floridablanca
Concertación con las IE respecto a la documentación fichas de decimo grado
Inicio del proceso de inducción en las IE del colegio Camacho Carreño y Nieves Cortes Picón
Asistencia a reuniones de capacitación a instructores
Formación de cada una de las matriculadas
Observaciones
Se adjunta informe de evidencias de las actividades desarrolladas

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.

JHON JAIRO ACEVEDO VILA
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,

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
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

ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

FUNDACION SALUD MIA EPS

CERTIFICA

Que, el Cotizante JHON JAIRO ACEVEDO VILA, identificado(a) con CC - 91282519, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” del Régimen Contributivo de nuestra entidad presenta la siguiente información:

Información del Cotizante:

Nombre:	**JHON JAIRO ACEVEDO VILA**		
Tipo Identificación:	CC	**Estado Actual:**	Afiliado Activo
Número Identificación:	91282519	**Causal Estado:**	
Fecha de inicio de cobertura:	2022/02/01	**Fecha Retiro:**	

Información Relación Laboral:

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Estado Relación	Fecha Inicio	Fecha Retiro
CC 91282519	JHON JAIRO ACEVEDO VILA	Vigente	2022/02/01	

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

En constancia se firma y expide en la ciudad de Piedecuesta (Santander) a los 16 días del mes de Febrero de 2024, a solicitud del interesado.

Atentamente,

HECTOR ORIEL SALAZAR

Profesional de Afiliaciones y BDUA

FUNDACION SALUD MIA EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ACEVEDO VILA JHON JAIRO** identificado(a) con **CC** número **91.282.519** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024021811432

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14714668314

(415)7707212489984(8020) 000001471466831 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 1 2 8 2 5 1 9	1 9 9 0 0 7 3 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACEVEDO	VILA	JHON	JAIRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CL 34 10 41 AP 202 ED ROVIRA PLAZA

42. Correo electrónico: jhonjairoacevedov@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 3 3 8 9 4 8 2	

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 4 2	2 0 1 1 0 8 1 8	0 0 1 0	2 0 1 8 0 1 0 1	7 2 1 0		2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	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 2020 - 10 - 01 / 18 : 27: 32

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACEVEDO VILA JHON JAIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91282519
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JHON JAIRO ACEVEDO VILA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 34 NO. 10-41 APTO 202 EDIF ROVIRA PLA	TELÉFONO:	6999999
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:	**7911052894**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/02/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	462669753

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 208.000	$ 2.500	$ 210.500
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 2.500**	**$ 210.500**

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
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 162.500	$ 2.000	$ 0	$ 164.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 164.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 400	$ 0	$ 32.100
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 32.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 91282519	ACEVEDO VILA JHON JAIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS046-SALUD MIA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	91282519	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 407.100**

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 145.515

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

PARTICULARES	**SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

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

ACEVEDO VILA JHON JAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS	CC	91282519
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	CUADRO HEMÁTICO
OPTOMETRÍA	PERFIL LIPIDICO
AUDIOMETRÍA	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO
GLICEMIA	PRUEBA PSICOLÓGICA 16PF
PARCIAL DE ORINA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
----------	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION OPTICA PARA VP. SE REALIZO ENFASIS CARDIOVASCULAR.

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

Médico		**Aspirante o Trabajador**	
Firma:	Lida Ferreira C LIDA FERREIRA CARO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN No 06197	**Firma:**	
Nombre:	FERREIRA CARO LIDA	**Nombre:**	ACEVEDO VILA JHON JAIRO
R. M.:	251536 **L.S.O.:** 06197	**CC:**	91282519

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 104745**

Fecha: 16/01/2024 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**

CC: 91282519 **Nombre:** ACEVEDO VILA JHON JAIRO **Edad:** 51 AÑOS 9 M **Genero:** MASCULINO

Fecha Nacimiento: 16/04/1972 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ALCALDIA DE BUCARAMANGA	ASESOR DE GOBERNANZA DEL AGUA	NINGUNA	NO APLICA	6	0

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	OCASIONAL	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

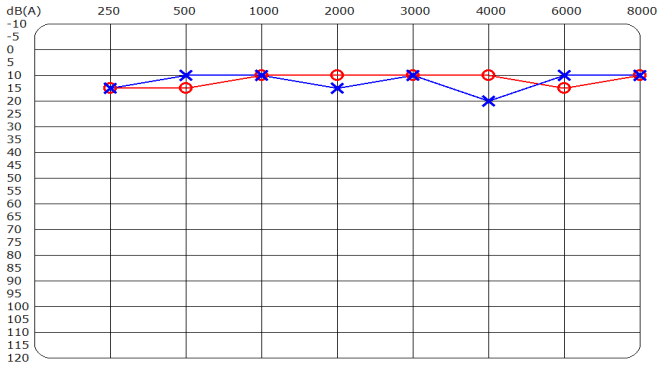
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 42 **F. Ultima Calibración:** 2022-11-09

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI

< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE DESPEJADO MT INT

Oído izquierdo: CAE DESPEJADO MT INT

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	10	10	10	10	15	10
VAOI	15	10	10	15	10	20	10	10

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
AA233	AUDICION NORMAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

PTA: O.D 11.2DB AUDICION DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD
O.I 11.2DB AUDICION DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: HERNANDEZ ARCINIEGAS LAURA ANDREA

R. M.: 06089 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: ACEVEDO VILA JHON JAIRO

CC 91282519



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT 900378001 1
Calle 52B No 31-149 Antiguo Campestre
Tel: 6576727-3134636713 Email: mtsips@hotmail.com

M.T.S.

VALORACION FONOAUDIOLOGICA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				EMPRESA
16	01	2024	Bucaramanga	SENA
DD	MM	AAAA	CIUDAD	TIPO DE EXAMEN: V02

DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Acevedo	Vila	Jhon	Jairo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		GENERO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
CC	91282519	M.	16	04	1972	51
TIPO	NUMERO		DD	MM	AAAA	

EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOARTICULADORES:

LABIOS: ✓ LENGUA: ✓ DIENTES: ✓ PALADAR DURO: ✓ PALADAR BLANDO: ✓ UVULA: ✓ MAXILARES: ✓

ARTICULACION: ADECUADA: ✓ INADECUADA: _____

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION

MODO: NASAL: ✓ BUCAL: _____ MIXTO: _____

TIPO: CAVICULAR: _____ ABDOMINAL: _____ COSTODIAFRAGMATICO: ✓

FRECUENCIA: HOMBRE(16-16) Normal MUJER(18-20) _____

RESONANCIA

NORMAL: ✓ HIPERNASALIDAD: _____ HIPONASALIDAD: _____

FONACION

INTENSIDAD: NORMAL ✓ AUMENTADA _____ DISMINUIDA _____

TONO: NORMAL ✓ BAJO _____ ALTO _____ MONOTONO _____

TIMBRE: NORMAL ✓ DISFONICO _____ NASALIZADO _____

COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA: ADECUADA ✓ INADECUADA _____

TIEMPO FONACION: Normal

PROSODIA

RITMO: NORMAL ✓ BRADIFALICO _____ TAQUILALICO _____

ENTONACION Y ACENTUACION: ADECUADA ✓ INADECUADA _____

AUDICION: NORMAL ✓ ALTERADA _____

OTOSCOPIA: OD Normal OI Normal

DIAGNOSTOSTICO: Rendimiento vocal adecuado en el momento de la evaluación. se recomienda realizar ejercicios de respiración para mejorar tipo respiratorio. se brindan pautas de higiene vocal.

FONOAUDIOLOGA
Laura Andrea Hernández A.
Fonoaudióloga - UDES
T.P. 1402648 REG.M. 06099

x
PACIENTE

Powered by CamScanner

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 111,499

Fecha: 16/01/2024 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 91282519 **Nombre:** ACEVEDO VILA JHON JAIRO **Edad:** 51 AÑOS 9
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** CONTROL

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	20/20--	N/A	1.50	N/A	20/20	N/A	0.50
O.I:	20/20--	N/A	1.50	N/A	20/20	N/A	0.50
A.O:	20/20--	N/A	1.50	N/A	20/20	N/A	0.50

RETINOSCOPIA

O.D: **+0.25**	+0.25	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD	2.00
O.I: **+0.25**	+0.25	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD	2.00

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL**

ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL**

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **MEDIOS TRANSPARNETES**

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **ORTHO AO**

OFTALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**

O.I: **FOAN**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H5243	PRESBICIA AO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

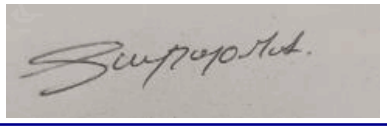
CONTROL EN 1 AÑO

CORRECCIÓN OPTICA PARA VP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS. RX SOLO VP

OPTOMETRA



Firma:
Nombre: SAMPAYO CHACON MARTHA PAOLA
R. M.: 1280 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:
Nombre: ACEVEDO VILA JHON JAIRO
CC: 91282519

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
B1H32N197549



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 197,549

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 16 de enero de 2024 03:39:03 p.m.

Nombres y Apellidos: ACEVEDO VILA JHON JAIRO **CC:** 91282519 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 16/04/1972 **Edad:** 51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA	METODO
GLICEMIA	96	70 - 110 mg/dl	OXIDASA / PEROXIDASA

Jose Yohany Salazar Niño
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
U1A32G197550



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 197,550

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 16 de enero de 2024 03:39:03 p.m.

Nombres y Apellidos: ACEVEDO VILA JHON JAIRO **CC:** 91282519 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 16/04/1972 **Edad:** 51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	205	< 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	43	> 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	126	< 150 mg/dl
COLESTEROL LDL	137	< 100 mg/dl
COLESTEROL VLDL	25	< 80 mg/dl

Jose Yohany Salazar Niño
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
C1I32O197551



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 197,551

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 16 de enero de 2024 03:39:03 p.m.

Nombres y Apellidos: ACEVEDO VILA JHON JAIRO **CC:** 91282519 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 16/04/1972 **Edad:** 51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMATICO TIPO IV	VALOR	VALOR REFERENCIA
RECUENTO GLOBULOS BLANCOS	5.04	5 - 11 10^9/L
HEMATOCRITO	46.72	34 – 54 %
HEMOGLOBINA	16.0	11.5 – 17.3 g/dl
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	5.32	3.8 – 5.8 10^12/L
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87	84 – 98 fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.0	27.5 – 32.4 pg
PLAQUETAS	212	156 – 342 10^9/L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.4	8.3 – 12 fl
GRANULOUCITOS %	46.7	43.6 – 73.4 %
LINFOCITOS %	46.2	19.1 – 48 %
MIXTAS %	7.1	4.5 – 12. 1 %

Jose Yohany Salazar Niño
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
O1U32A197552



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 197,552

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 16 de enero de 2024 03:39:03 p.m.

Nombres y Apellidos: ACEVEDO VILA JHON JAIRO **CC:** 91282519 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 16/04/1972 **Edad:** 51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

MICROSCOPÍA

PARCIAL DE ORINA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
ANALISIS FISICO		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	
DENSIDAD	1025	
Ph	6.0	
ANALISIS QUIMICO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu / uL
NITRITOS	NEGATIVO	Positivo/Negativo
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl
CETONAS	NEGATIVO	mg/dl
UROBILINOGENOS	NORMAL	mg/dl
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dl
ERITROCITOS	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	mg/dl
ANALISIS MICROSCOPICO		
CELULAS EPITELIALES ALTAS		XCampo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	1-2	XCampo
LEUCOCITOS	0-1	XCampo
HEMATIES		XCampo
BACTERIAS	ESCASAS	XCampo
MOCO	+	XCampo
LEVADURA		XCampo
PIOCITOS		XCampo
ESPERMATOZOIDES		XCampo
CRISTALES URATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES FOSFATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES OXALATO DE CALCIO		XCampo
CRISTALES FOSFATOS TRIPLE		XCampo
CRISTALES ACIDO URICO		XCampo
OBSERVACION		

Jose Yohany Salazar Niño
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 5,170

Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) 17/01/2024 - 07:59 A. M. **Fecha Atención:** 17/01/2024 07:59:32a. m.

CC: 91282519 **Nombres y Apellidos:** ACEVEDO VILA JHON JAIRO **Fecha de Nacimiento:** 16/04/1972 **Edad:** 51 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** BUCARAMANGA **Teléfono:** **Celular:** 3123389482

Entidad: SENA **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

INFORME CONFIDENCIAL

Datos Personales

Nombres y Apellidos: Jhon Jairo Acevedo Vila

Identificación: CC. 91282519

Fecha de aplicación: 16/01/2024

Sexo: Masculino

Edad: 51 años

Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica

-16PF5: Prueba Objetiva de Personalidad

Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

Área Intelectual

Posee una inteligencia promedio su creatividad es baja, pensamiento de tipo divergente y puede generar varias ideas a la vez, con razonamiento simple y elaborado, con capacidad para seguir instrucciones. Su pensamiento combina un estilo a veces práctico y otras teórico; maneja la realidad y los sueños, combinando ambos aspectos equilibradamente, es tradicionalista y conservadora. En general se resigna a las condiciones difíciles.

Aspectos de Personalidad

El evaluado muestra tendencia a ser emocionalmente estable y de buena salud mental, no le gusta estar llamando la atención tiende a hablar con firmeza y libertad de franqueza se enfrenta a la realidad, siendo tranquilo en sus intereses, la mayoría parte del tiempo su carácter es sereno, controla sus sentimientos, su tolerancia a la frustración está dentro de lo normal, al igual que su estabilidad emocional. La mayoría de las veces actúa sobre evidencias lógicas y prácticas. Busca ser una persona fluida

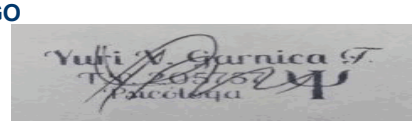
Aspectos Relacionales

En sus relaciones interpersonales se muestra franco, sociable, participa con emociones cálidas. En general es espontáneo, muestra un buen equilibrio entre introversión y extroversión, es autosuficiente, ingenioso y prefiere tomar sus propias decisiones. Le gusta pasar tiempo solo gozando de su propia compañía.

Concepto

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente:
Tiende a ser recto, moralista, persistente, juicioso, perseverante y determinado, inclinado por el sentido del deber, interesado por normas y valores morales. Además de ser responsable es buen realizador, muestra buen desempeño laboral y con poca supervisión tiende a ser una persona que muestra entusiasmo por el trabajo con reacciones rápidas y con gran interés.

PSICÓLOGO



Firma:

Nombre: GARNICA FONSECA YURI VANESSA

R. M.: 205757

Código de Seguridad

Q1W40C5170

PACIENTE



Firma:

Nombre: ACEVEDO VILA JHON JAIRO

CC: 91282519

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, **JHON JAIRO ACEVEDO VILA** identificado con **CC** No. **91282519**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de afiliación:** 07/02/2019 **Fecha de inicio de cobertura:** 30/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **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): 202401012467735.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 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, 29 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHON JAIRO ACEVEDO VILA identificado(a) con CC 91282519, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	61665425426	2003/08/14	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.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2021

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008423396

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000098054 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	30	01	2024

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	30	01	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **JHON JAIRO ACEVEDO VILA** IDENTIFICACIÓN: CC **91.282.519**

DIRECCIÓN: CL 34 10 41 AP 202 ED ROVIRA PLAZA CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 3123389482

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	01/02/2024	30/03/2025	4,465,530.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5841666. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR LA FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER. CONSERVACION DE RECURSOS NATURALES.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,465,530.00	$ **********25,876	$****11,000.00	$ ********7,006	$ **********43,882

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	9619	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000400842339

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD820700B0DFF7D56

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) JHON JAIRO ACEVEDO VILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91282519 realizó el día 05/02/2024 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 JHON JAIRO ACEVEDO VILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91282519 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JHON JAIRO ACEVEDO VILA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91282519 el día 05/02/2024 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



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1097495210**	**Sarah Daniela Acevedo Flórez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: Jhon Jairo Acevedo Vila
C.C. 91.282.519 de Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1097495210

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40811398

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 8] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [Q 6 E]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACEVEDO**********	FLOREZ**********

Nombre(s)

SARAH DANIELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes DIC Día 23	Femenino	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS	A6591523

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ VARGAS ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.841.136	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ACEVEDO VILA JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.282.519	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACEVEDO VILA JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.282.519	91'282.519

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2006 Mes DIC Día 27	DR. EDUARDO SUAREZ MOTTA Nombre y firma

NOTARIA DE SANTANDER BUCARAMANGA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner