SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
ANTIOQUIA
CENTRO DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES LA SALADA

Código Regional	5
Código Centro	9101
Fecha elaboración	30 de Marzo de 2020
Versión	1.20 ENERO 2020

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA	**C.C**	11937616	**IP/N° de contacto**	5071808
Correo electrónico contratista:	yoimer2405@gmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA?**	NO
Banco al cual consignar:	BBVA COLOMBIA	**Tipo Cuenta**	AHORROS	**N° Cuenta**	0371361841
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a $47.978.000	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $124.625.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	CO1.PCCNTR.1395702			N° Compromiso SIIF		**19920**	
Valor Total del Contrato	$ 37.522.475	**N° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.522.475	1	**Del**	21/02/2020	**Al**	29/02/2020	**$ 1.263.383**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.259.092		Comisiones			$ 0	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.263.383	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retención en la Fuente del periodo	$ 0
Ingresos de Otros Meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.263.383**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	**$ 759.962**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

N° Planilla PILA, O, N° Radicación pago SS	**ENERO**	**Decreto 1273 de 2018**		Valor Base retención en la fuente	759.962	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**			
Ingreso Base de Cotización IBC	**FEBRERO**	$ 877.803	$ 877.803	Valor base IVA	0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 109.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 140.400	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0	0%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ 0	$ 0	Menos Retención IVA	0	15%
ARL		$ 4.600	$ 0	Retención Estampilla P.J.I.C	5.054	0.400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 0				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ 0		Otras Retenciones	0	0.000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes pensión de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes salud de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes ARL de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0				
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 0				
Salud hasta	$ 569.712	$ 0				
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 253.321		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0	
Retención en la Fuente Contingente		$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0	
				VALOR A PAGAR	**$ 1.258.329**	

SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES NO. CO1.PCCNTR.1395702 DE 2020, SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE TELEINFORMATICA .

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.

YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

DINA MARIA MEJIA OCHOA
COORDINADORA ACADEMICA

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

ANDRÉS FELIPE RUIZ MÁRQUEZ
SUBDIRECTOR (E)

CXP obl
28420 37220

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U 19555012

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 3

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Moscoso	Luna	Edimer	Stenley	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1193-1616	Femenino [ ] Masculino [M]	D D M M A A A A: 20 03 2000	1	Mallamas

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC

18. Residencia	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Ipiales	Cra 35A 51B-104		315-7-158249	yolmer2405@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Ipiales	Urbana [ ] Rural [ ]		Nariño	3

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	24. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1				D D M M A A A A	
B2				D D M M A A A A	
B3				D D M M A A A A	
B4				D D M M A A A A	
B5				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B2			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B3			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B4			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B5			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

- COPIA -

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

No. U 19555012

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [X] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 06022020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Magdalena		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor 113107

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

EPS | sura
06 FEB 2020
RECIBIDO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11937616 realizó el día 24/02/2020 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 - SENA

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 20/02/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 43673532
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	lylopez@sena.edu.co				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 43673532	PATRICIA ARISTIZABAL CORREA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	65	21/02/2020	C 11937616	MOSQUERA LUNA YOIMER	1	0.522	**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.

Cordial saludo,

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

25E2B82E835970584FA49B748170BEA4 Certificado impreso el día 2/20/2020 6:30:26 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co



YOIMER STANLEY
MOSQUERA LUNA
11937616

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 11937616-633589

Fecha Cierre: 20/02/2020 09:42:21

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20 feb 2020 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA	**Identificación:**	11937616
Género	MASCULINO **Edad:** 39	**Teléfono**	2339158 **Móvil:** 3137758249
Fecha Nacimiento:	24/05/1980	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	CALLE40C N22B-78	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	SENA	**Peso: 93 Talla: 177 IMC: 30**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	ANORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. CONTROL NUTRICIONAL PARA DIETA DE REDUCCION DE PESO. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. HÁBITOS SALUDABLES. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS. EVITAR AZUCARES PROCESADOS Y ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	NORMAL	
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	NORMAL	
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
TRIGLICERIDOS	ANORMAL	
HEMOGRAMA Y SEDIMENTACION	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	ANORMAL	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	VALORACIÓN EN EPS, CON CURVA DE TENSIÓN ARTERIAL

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009 del Ministerio de Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.'

EXAMEN OPTOMETRIA

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/02/2020 MEDELLIN
Paciente: YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA
Género MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 24/05/1980
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE40C N22B-78
Empresa SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 11937616
Teléfono 2339158 **Móvil:** 3137758249
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: EPS SURA
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**
Accidentes oculares: NO
Antecedentes Personales: LENTES DESDE LOS 19 AÑOS
Sintomatología : ASINTOMATICO CC
Cirugía ocular : N
Usa Corrección S

¿Gafas? : S **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 800**	**Ambos: 20/ 600**	**Izquierdo: 20/ 600**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 25**	**Izquierdo: 20/ 25**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 200**	**Ambos: 20/ 100**	**Izquierdo: 20/ 100**
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 30**	**Ambos: 20/ 25**	**Izquierdo: 20/ 25**
Lensometría	**Izquierdo : -500 ESF**		**Derecho : -650 -100 X 90**	**ADD :**

Examen Externo: SAN

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: FON

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: -650 -100 X 90 - OI: -550

Subjetivo OD: IDEM - AV: 30 - Subjetivo OI IDEM - AV: 25

Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: AMBLIOPIA EX ANOPSIA-H530
Cie10: -
Recomendaciones: LENTES PERMANENTES

Diagnóstico: PTE CON MIOPIA CONGENITA ALTA CORREGIDA . VISION CROMATICA NORMAL Y BINOCULAR PRESENTE (30 SG DE ARCO).

Concepto: AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES CON SU CORRECCION ACTUAL

Formula Final: OD: OI:
ADD : **Distancia Pupilar :**
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N Remitido: -

COPIA EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Yoimer Stanley Mosquera Luna

JOSE LUIS OCAMPO GARZON N° SECC. 00 4268
Profesional

YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA 11937616
Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



Informe de Laboratorio: 633589

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 20/02/2020 MEDELLIN
Paciente: YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA
Género MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 24/05/1980
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE40C N22B-78
Empresa SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 11937616
Teléfono 2339158 **Móvil:** 3137758249
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: EPS SURA
Escolaridad: UNIVERSITARIO

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	40	HOMBRE MAYOR A 35, MUJER MAYOR A 45.	
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	92	DE 0 - 150	
2 COLESTEROL V.L.D.L.	52 Mg/dl	0 60	
3 RELACION DE RIESGO L.D.L./H.D.L.	2.3		
4 RELACION DE RIESGO COLESTEROL TOTAL/H.D.L.	4.6		
5 ASPECTO DEL SUERO:	NORMAL		
COLESTEROL TOTAL	184 Mg/dl	70 200	
GLUCOSA EN SUERO	129 Mg/dl	70 100	CONFIRMADO
TRIGLICERIDOS	262 Mg/dl	30 150	

HERNAN MAZO BEDOYA REG.6438/85
Profesional

YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA 11937616
Firma y cédula del Paciente

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14684082641

(415)7707212489984(8020) 000001468408264 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 3 7 6 1 6	9	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACION

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 1 9 3 7 6 1 6	1 9 9 8 0 8 1 4

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Condoto 2 0 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	LUNA	YOIMER	STANLEY

35. Razón social:

36. Nombre comercial: / 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 40 C 22 B 78 AP 109 BL 3

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
yoimer2405@gmail.com	6 8 7 0 3 3	5 0 7 1 8 0 8	3 1 3 7 7 5 8 2 4 9

CLASIFICACION

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

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

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 1 8

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

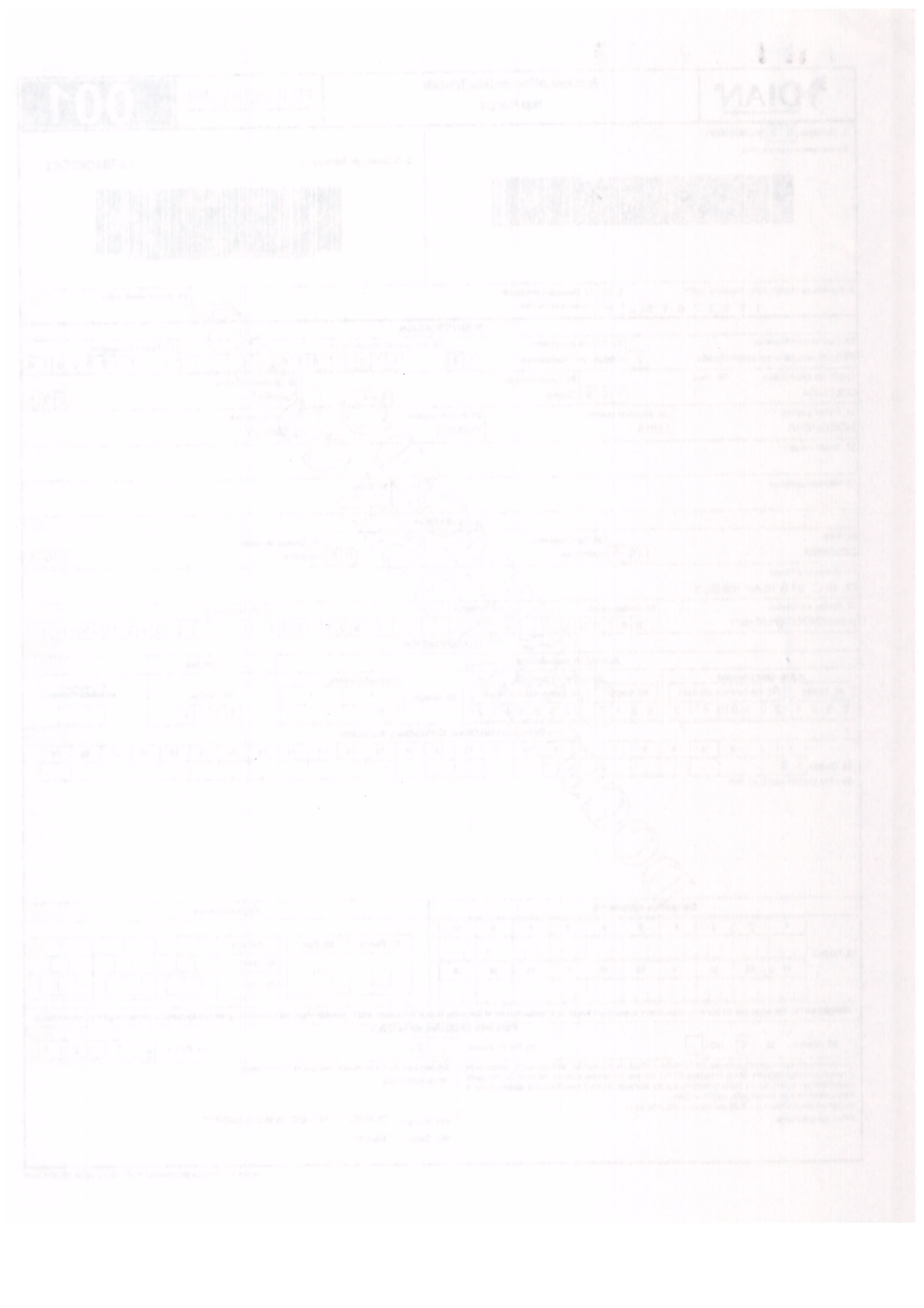
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CORREA HURTADO SERGIO ANDRES

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO



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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 20 DE FEBRERO DE 2020	2573483-1		13124912
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
JOSE ROBERTO VELEZ ARANGO	80439	2600	01213124912

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos
11937616	YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 7 N # 4 69	SONSON	2147977

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
11937616	YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA

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	21-FEB-2020	16-ABR-2021	3.739.614,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
21-FEB-2020	16-ABR-2021	420	21-FEB-2020	16-ABR-2021	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$3.739.614	$11.219	$3.739.614,00

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 Nº 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2600	CUM002	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
80439	JOSE ROBERTO VELEZ ARANGO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

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 Profesionales
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.1395702.
.
OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE TELEINFORMATICA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

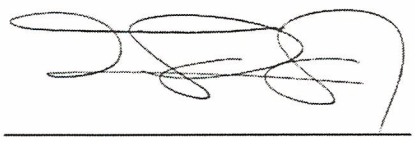
Que nuestro(a) cliente **YOIMER STANLEY MOSQUERA LUNA,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 11.937.616** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 371361841** aperturada el **07 de enero del 2016,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **29** días del mes de **enero** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0371361841**
Cuenta de 16 dígitos: **0371000200361841**
Cuenta de 20 dígitos: **00130371000200361841**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA