SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y AVIACIóN

Código Regional	**8**
Código Centro	**9208**
Fecha elaboración	**abril**
Versión	**2,19 feb-19**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO	**C.C.**	8.639.186	**IP/Nº de contacto**	3002586304
Correo electrónico contratista:	yec3100@yahoo.es				
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:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	293181913
Sus ingresos en el 2018 fueron iguales o superiores a $46'418.000	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113´091.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1346327			**Nº Compromiso SIIF**	**77320**		
Valor Total del Contrato	$ 25.210.289	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.445.458	3	**Del**	01/04/2020	**Al**	30/04/2020	**$ 2.598.999,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.846.459		Comisiones			$ 0	
Deducción màxima por salud	**129.950**		**Base retfte (80%)**		**$ 2.079.199,20**		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.598.999	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0	Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.598.999**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.726.949**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**marzo**	**4329689431**		Valor Base retención en la fuente	1.726.949,00	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**	Valor Base retención en la fuente ICA	2.302.599,00	
Ingreso Base de Cotización IBC	**abril**	$ 1.039.600	$ 1.039.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 130.000	$ 130.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 166.400	$ 166.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	I	$ 5.500	$ 5.500	Reteica	23.026,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.427.000	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -				
Dependientes hasta	$ 1.096.640	$ -				
Salud hasta	$ 548.320	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 8.224.800	$ 575.650		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$ 2.575.973,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GENERACIóN DEL PROYECTO FORMATIVO, GENERACIóN DE LA PLANEACIóN PEDAGóGICA FORMULACIóN DEL PROYECTO PEDAGóGICA PARA EL DESARROLLO DE LA GUíA DE APRENDIZAJES Y LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO. CON EL EQUIPO DE INSTRUCTORES DE LA MODALIDAD Y LA ORIENTACIóN DEL EQUIPO PEDAGóGICO DEL CENTRO, SE MANTIENE AL DíA LAS ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIóN. CONSTANTEMENTE SE ESTá REALIZANDO LA RETROALIMENTACIóN DE USO ADECUADO DE LAS HERRAMIENTAS TECNOLóGICAS Y LOS MATERIALES ASIGNADOS Y ENTREGADOS POR EL CENTRO, PARA EL BUEN DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIóN EN CONSTRUCCIÓN E INSTALACIONES ELÉCTRICAS. EN ESTE MOMENTO EL PROGRAMA ESTA EN PROCESO DE REGISTRO Y MATRICULA DE LOS GRADOS 10 ARTICULADOS CON LAS IE.

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.

YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO
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,

MILDRED MERCEDES BELTRáN MEDINA
COORDINADOR ACADéMICO GESTIóN

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

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SUBDIRECTOR(A) DEL CENTRO INDUSTRIAL Y AVIACIóN

Certificación Semanas de Cotización

El Señor YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO , identificado con Cédula Ciudadanía 8.639.186, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO		
Número de identificación:	8639186	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	07/09/2018	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Fecha de retiro:		Semanas Cotizadas cotizante:	608
Dirección actual de residencia:	CALLE 15 25 02	Municipio residencia:	Sabanalarga
Teléfono actual de residencia:	8783260	Depto. Residencia:	ATLANTICO
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
8639186	CASTRO FONTALVO YAMIL ENRIQUE	01/08/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificaicón	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1001869193	CC	CAROLINA ANDREA CASTRO MORALES	07/09/2018	VIGENTES		527
BENEFICIARIO	1001933655	TI	VANESSA PAOLA CASTRO MORALES	07/09/2018	VIGENTES		518
BENEFICIARIO	1043005717	TI	ISAIAS DAVID CASTRO MORALES	07/09/2018	VIGENTES		332
BENEFICIARIO	32850175	CC	MARIA DE JESUS MORALES SALAS	07/09/2018	VIGENTES		595

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 27 días del mes de Enero de 2020, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **8639186,** se encuentra afiliado (a) desde **21/08/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN® 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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14625066823

(415)7707212489984(8020) 000001462506682 3

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

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	8 6 3 9 1 8 6	1 9 9 0 0 8 2 2

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	FONTALVO	YAMIL	ENRIQUE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

41. Dirección principal: CL 15 25 2

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
yec3100@yahoo.es		3 0 1 7 7 4 1 4 1 2	3 1 4 8 7 8 2 6 5 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 5 2 3	2 0 1 3 0 2 0 4	8 5 5 1	2 0 1 7 0 2 0 2		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SOLUSALUD INTEGRALES I.P.S. S.A.S.
NIT:901128037-1

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 8639186 **Sexo:** Masculino ♂
Apellido: Castro Fontalvo **Nombre:** Yamil Enrique **Edad:** 48 años
Empresa: Particular **Nacim:** 16/Dic/1971
Cargo: Instructor De Construccion **Rh:** O+
Direccion: Cll 15#25-02 Santander
Telefono: **Celular:** 3002586304 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Peso: 87 Kg **Estatura:** 1.82 M **IMC:** 26.2 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Medimas Eps **ARL:** Positiva **AFP:** Colpensiones
Ciudad: Atlantico - Sabanalarga
Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 09:06:22 a.m. **HC:** # 6126

.

Examenes Realizados

Optometria	Normal	Espirometria	Normal	Colesterol Total	Normal	Trigliceridos	Normal
Audiometria Clinica	Anormal	Ekg	Normal	Valoracion Psicologica		Colesterol Alta Densidad H.d.l.	Normal
Colesterol Baja Densidad L.d.l.	Normal	Osteomuscular*	Normal				

Recomendaciones

Otros: Seguimiento Por Optometria, Ejercicio Regular Y Dieta, Control Periodico Ocupacional, Estilo De Vida Saludable, Mantener Adecuada Higiene Postural, Emplear Pausas Activas, Valoración Por Nutricionista Eps, Sv Auditivo, Sv Osteomuscular, Sv Visual

Concepto para Trabajos en Altura

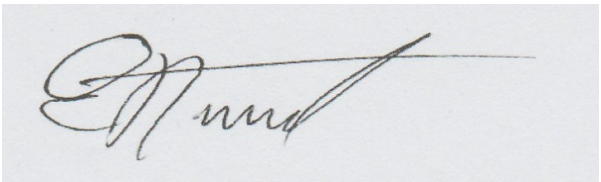
Concepto

Sin Restricciones Para El Cargo

Observaciones

Importante:
1 - El Trabajador Recibió Orientación Médica Sobre Las Recomendaciones Necesarias Para Prevenir Probables Efectos En La Salud Relacionados O Asociados Con Los Riesgos Ocupacionales Propios En Su Cargo.
2 - Señor(a) Trabajador: A Partir De La Fecha, Usted Cuenta Con 30 Días Para Seguir Y Realizar Las Indicaciones Del Médico Especialista En Salud Ocupacional Registradas En Este Documento.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa



Edgar Ulises Navarro Theran
Medico Especialista Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 023 -07/01/2011
Registro #: 11243



Yamil Enrique Castro Fontalvo
CC 8639186

DRA. AURISTELA FONTALVO RODRIGUEZ

PSICOLOGA

NEUROPSICOLOGA CLINICA

FORMATO DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA LABORAL

FECHA DE EVALUACIÓN	AÑO	M	DÍA	CIUDAD
	2020	1	24	BARRANQUILLA

1. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR Y LA EMPRESA

NOMBRE	YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO		EDAD	48	HIJOS 4 hijos
IDENTIFICACION	8639186		ESTADO CIVIL	CASADO	
ESCOLARIDAD	PROFESIONAL		PROFESION	ARQUITECTO	
LUGAR RESIDENCIA	CALLE 15#25-02 SABANALARGA		TELEFONO	3002586304	
NOMBRE DE LA EMPRESA	SENA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		
CARGO ACTUAL	INSTRUCTOR		TIEMPO EN EL MISMO		
DEPENDENCIA	DOCENCIA		HORARIO		
OFICIO DESEMPEÑADO			TIEMPO EN LA EMPRESA		

OCUPACIONES ANTERIORES

OCUPACION U OFICIO	**EMPRESA**	**TIEMPO EN AÑOS**
INSTRUCTOR	SENA	6 AÑOS
CONDUCTOR	OBREZCA	1 AÑO

II. MOTIVO DE CONSULTA

EVALUACIÓN PREOCUPACIONAL		EVALUACION		EXAMEN DE EGRESO	
REHABILITACION PROFESIONAL		AJUSTE AL MEDIO		OTROS	
CALIFICACION DE INVALIDEZ		CALIFICACION DE		¿CUAL?	

PERSONA O INSTITUCION QUE REMITE

MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE VALORACION PSICOLOGICA LABORAL DE INGRESO

III. ANTECEDENTES MEDICOS

LESION O ENFERMEDAD ACTUAL (DIAGNOSTICO NINGUNA

TIEMPO DE EVOLUCION Y CARACTERISTICAS

PRONOSTICO

ORIGEN

EG	AT NINGUNO	EN ESTUDIO

EG AGRAVADA POR CONDICIONES DE TRABAJO

DESCRIPCION DE LA OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE

OTROS

IV. PRESENTACIÓN PERSONAL Y ADECUACIÓN A LA ENTREVISTA

El evaluado se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, alopsiquica y autopsiquicamente con disposicion colaboradora para realizar el proceso de valoracion mental y social, su comunicación no verbal se apoya de manera positiva en su expresion oral. La expresion de sus emociones y comportamiento son acordes a su edad cronológica.

V. HISTORIA PERSONAL

EL evaluado informa que vive con su esposa, hijos y madre en vivienda propia, comenta que su esposa trabaja como estilista (peluqueria), su padre es pensionado y su madre es docente, cuenta con 4 hermanos de la unión de sus padres, no existe antecedentes de enfermedad mental en su familia Considera que tuvo una infancia muy alegre, buena compartió mucho con sus hermanos, los cuales fueron muy unidos, disfruto mucho esa etapa en familia.

VI. EVALUACIÓN PSICOAFECTIVA (EMOCIONAL) Y COMPORTAMENTAL

ACTITUDES EN SU VIDA DIARIA Y PERCEPCION DE SI MISMO	Sus actitudes en la vida diaria es de una persona responsable, cariñoso con la familia, alegre y respetuoso en todo sentido.
RASGOS DE PERSONALIDAD ASPECTOS POSITIVOS	Personalidad extrovertida, sociable.
ASPECTOS A MEJORAR	Debe mejorar sus estudios profesionales, siente que le falta complementar su profesión.
CAMBIOS GENERADOS POR LA LIMITACION O ENFERMEDAD (ASPECTOS POSTRAUMATICOS); ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD O LIMITACIÓN (SI LA HAY)	Ninguno.
MOTIVACIÓN POR LA REHABILITACIÓN	N/A

VII. EVALUACIÓN DE RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

CALIDAD DE LAS RELACIONES Y EJERCICIO DE SUS ROLES FAMILIARES Y SOCIALES EN GENERAL (GENOGRAMA)	Sus relaciones familiares son excelentes entre su esposa, hijos y madre, es cariñoso, siempre esta atento a ellos, existe armonía y unidad, son solidarios y respetuosos en su hogar, siempre esta en contacto con sus hermanos y le dan buen manejo a las situaciones de la vida cotidiana, existe intercambio de roles.

VII. EVALUACIÓN PSICOLABORAL

CARACTERISTICAS Y GRADO DE AJUSTE	El aspirante manifiesta que su trabajo se ajusta a su perfil profesional y que tiene vocacion para la docencia.
ACTITUD HACIA SU TRABAJO Y	Actitud responsable, colaborador con los estudiantes y compañeros, es proactivo.

DRA. AURISTELA FONTALVO RODRIGUEZ

PSICOLOGA

NEUROPSICOLOGA CLINICA

FORMATO DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA LABORAL

FECHA DE EVALUACIÓN	AÑO	M	DÍA	CIUDAD
	2020	1	24	BARRANQUILLA

DIFICULTADES No presenta ninguna dificultad.

POTENCIALIDADES Sus fortalezas, cuenta con la experiencia, conocimientos y le gusta enseñar con la practica.

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

1, DERIVADOS DE CONDICIONES DEL CONTENIDO DE LA TAREAS	
SOBRECARGA DE TRABAJO	N.A
ALTA COMPLEJIDAD	NO
MONOTONIA	NO
REPETITIVIDAD	SI
AMBIGÜEDAD DEL ROL	NO
AUTONOMIA INICIATIVA	SI

2, DERIVADOS DE LAS ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO	
TURNOS	NO
HORAS EXTREAS	NO
PAUSAS Y DESCANSOS	SI
RITMO DE TRABAJO Y JORNADA LABORAL	SI

3, DERIVADOS DE LAS RELACIONES HUMANAS	
RELACION CON LOS JEFES	buena
RELACIONES CON COMPAÑEROS	buena
RELACIONES CON SUBALTERNOS	buena
COMUNICACIÓN	buena

4, DERIVADOS DE LAS CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
TAMAÑO DE LA EMPRESA Y CLASE DE CAPITAL	

OBSERVACIONES

5, DERIVADOS DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA	
CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	SI
SISTEMAS DE SALARIOS Y RECONOCIMIENTO	SI
	SI
TECNOLOGÍA UTILIZADA	SI
IDENTIFICACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN Y EL PRODUCTO O SERVICIO	SI

6, DERIVADOS DE FACTORES AMBIENTALES QUE INCIDEN EN LOS PSICOSOCIALES	
INSTALACIONES	SI
ORGANIZACIÓN DEL SITIO DE TRABAJO	SI
PUESTOS DE TRABAJO INADECUADOS	SI
COND, DE ILUMINACIÓN, TEMPERATURA, COLORES, VENTILACIÓN, RUIDO, ETC.	SI

7, DERIVADOS DE FACTORES EXTRALABORALES	
PROBLEMAS EMOCIONALES - PERSONALES	NO
DIFICULTADES FAMILIARES	NO
SITUACIÓN DE ORDEN PUBLICO	NO
SITUACIÓN GEOGRAFICA	NO
POSIBILIDADES RECREATIVAS Y DIFERENCIAS CULTURALES	SI

CONCEPTO Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la valoracion psicologica realizada al candidato Yamil Castro Fontalvo, en referencia a su patrón psicologico, cognitivo y conductual, obtuvo promedios altos en cuanto a la precision de su pensamiento, nivel de abstracción y capacidad general de raciocinio, siendo un factor protector para la exposicion de eventos estresantes y la toma de decisiones. En lo que tiene que ver con su nivel emocional, hace referencia a su fuerza interior, la cual obtuvo promedio alto cuanto su sana aceptación y seguridad en si mismo, adecuada autovaloración y resistencia a la frustracion. Persona persistente para afrontar las dificultades, posee sentimientos de tranquilidad ante los problemas y apremios de la vida cotidiana. Adecuado control de sus emociones ante situaciones de ansiedad. Su pensamiento es teorico y coherente, con alta capacidad de resolución de problemas se centra mas en las ideas que en los resultados. Muestra alta velocidad de reaccion ante un estímulo.

En conclusion se emite un concepto FAVORABLE SIN OBSERVACIONES RELEVANTES, puede continuar el proceso de contratacion.

AURISTELA FONTALVO RODRIGUEZ	116383
NOMBRE DEL PSICOLOGO	**Nº REGISTRO PROFESIONAL**

Auristela Fontalvo R.

FIRMA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO identificado(a) con cédula de ciudadanía 9039186 realizó el día 15/05/2019 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO identificado(a) con cédula de ciudadanía 9039186 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 - SENA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

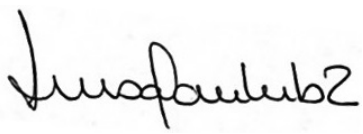
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.639.186, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 05/02/2020 y fecha fin de contrato 26/11/2020 con riesgo 5.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001014108801.

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA

Que la persona YAMIL ENRIQUE CASTRO FONTALVO identificado(a) con cedula de ciudadanía no 8639186, está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA DE AHORROS no 293181913 desde el 03 de Noviembre del 2011, este producto se encuentra vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 03 de abril del 2020, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente.



_____

Olga Yanira Otálora Guerrero.

Gerente de soluciones para el banco

BANCO DE BOGOTA

seguros mundial

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BO-100027515	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28244662	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	06/02/2020	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	05/02/2020	24:00 Horas Del	26/03/2021		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CASTRO FONTALVO, YAMIL	No. DOC. IDENTIDAD	8639186
DIRECCIÓN	CL 15 25 2 SANTANDER	TELÉFONO	8782068
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO	TELÉFONO	3344861
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO	TELÉFONO	3344861

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.1346327 , CUYO OBJETO ES DESARROLLAR FORMACION PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA - AREA: CONSTRUCCION, PARTICIPANDO EN LOS EQUIPOS DE DISEÑO Y DESARROLLO CURRICULAR Y GESTIONANDO LAS ACTIVIDADES Y PROYECTOS A TRAVES DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION QUE BRINDA LA ENTIDAD.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 05/02/2020	24:00: Horas Del 26/03/2021	2.529.692,30	20.000
		TOTAL ASEGURADO		

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA EUGENIA TRIANA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 06/02/2020

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.