SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

DESPACHO DIRECCION

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**92347-461507**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.096.197.746	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jepatino@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	49604869896
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6212546/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**47124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES PARA CONTRIBUIR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ORIENTACION Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA ATENCION DE OFERENTES Y/O BUSCADORES DE EMPLEO PL 255 DIAS VR MES $4.116.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**16/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 34.986.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.986.000
Valor Bruto Pago:	**$ 2.058.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.928.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.058.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.058.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.247.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4552153824**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 650.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 81.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 104.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 3.400	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 205.800	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 416.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.247.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.058.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.058.000,00**	

SON: DOS MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo orientación ocupacional presencial en las oficinas APE para la inscripción en la plataforma y registro nuevo

se realizó orientación ocupacional a población en general en el registro al aplicativo y acompañamiento en el fortalecimiento de su pe

Asistencia a la reunión modalidad virtual de la APE (regional) para revisión de metas y establecer estrategias

Seguimiento por medio del correo electrónico a base de datos de empresas con solicitudes en seguimiento

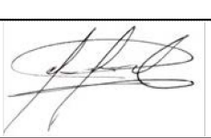
Reunión equipo APE para el acompañamiento a la feria de emprendedores del día 26 de abril

Elaboración de informes semanales y envío por correo electrónico: Semanas 19 al 26 de abril 2024 26 de abril al 2 de mayo 2024

Se establece comunicación vía telefónica articulada con funcionaria de la fundación de la mujer para el acompañamiento y Contribuir de

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



JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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,



ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO
PROFESIONAL G02

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
JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO
DIRECTOR REGIONAL A G08

17/05/24 16:23:07 USUARIO: SIC - C.C. 1096197746

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096197746
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESUS EMILIO PATINO AZUERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANCABERMEJA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 76 NO 24 - 03 BARRO 20 ENERO	TELÉFONO:	7777777
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:	**4552153824**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998714316

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 140.500	$ 400	$ 140.900
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 400**	**$ 140.900**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 300	$ 0	$ 109.800	$ 300	$ 0	$ 110.100
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 110.100**

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	$ 4.600	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:									**$ 4.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.700**

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	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1096197746	PATINO AZUERO JESUS EMILIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.646.400				NO	15																230301-PORVENIR	16	$ 878.080	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS017-FAMISANAR	16	$ 878.080	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 878.080	109619774	$ 4.600		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	**$ 255.700**

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO identificado (a) con CC 1096197746 seencuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	18/03/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CLINICA PIEDECUESTA S.A - SEDE BARRANCABERMEJA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN, a los 08 días del mes abril del 2024.

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

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.197.746**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Abril del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14541141426

(415)7707212489984(8020) 000001454114142 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1096197746	1	Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja 29	

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 13	1096197746	2007 01 16

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Santander 68	Barrancabermeja 081

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PATIÑO	AZUERO	JESUS	EMILIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Santander 68	Barrancabermeja 081

41. Dirección principal: CL 33 31 12 BRR CINCUENTENARIO

42. Correo electrónico: emilio-0412@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6105304	3107762998

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
7490	2011 08 31	8692	2011 08 31					

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2019 - 05 - 27

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PYS GESTION INTEGRAL SHI S.A.S.
NIT. 901116603-9
Calle 49 # 24 - 16, Barrio Colombia, Barrancabermeja - Santander, Colombia
Cel. 300 325 0119 - Tel. 6000802 - E-mail. pysgestionintegral@gmail.com



EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: BARRANCABERMEJA (SANTANDER, COLOMBIA) 09/04/2024 – 10:00 A. M.
Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA **Actividad Económica:** NO APLICA
CC: 1096197746 **Nombre del Trabajador a Aspirante:** PATIÑO AZUERO JESUS EMILIO **Genero:** MASCULINO **Edad:** 35 AÑOS
Estado Civil: SOLTERO(A) **Nivel Educativo:** UNIVERSITARIO **E.P.S:** FAMISANAR **A.F.P:** PORVENIR **A.R.L:** NO REFIERE
Tipo de Sangre: O + **Nº Hijos** 1 **Ingresos:** ENTRE 3 Y 4 SALARIOS MÍNIMOS **Jornada Laboral:** DIURNA **Area del Cargo:** OPERATIVA
Profesión o Cargo: PSICOLOGO **Funciones del Cargo:** DETERMINADO POR EL MANUAL DE FUNCIONES

Motivo Consulta

NO APLICA

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco ☐ **Gorro** ☐ **Respirador** ☐ **Gafas** ☐ **Peto** ☐ **Bata** ☐ **Overol** ☐ **Delantal de Plomo** ☐ **Ropa Térmica** ☐

Auditivo ☐ **Careta** ☐ **Tapabocas** ☐ **Guantes** ☐ **Cinturón** ☐ **Botas** ☐ **Polainas** ☐ **Otro** ☒ **Cual** CAMISA Y PANTALON

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica	Cargo	Factores de Riesgo (GTC-45)	Tiempo Exposición Años	Tiempo Exposición Meses
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA	PSICOLOGO	FÍS, QUÍ, BIO, PSI, BIOMEC, SEG	0	0

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Observación
ASMA	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
COLAGENOSIS	NO REFIERE
PATOLOGÍAS TIROIDEAS	NO REFIERE
OTROS ¿CUÁLES?	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad	Observación
PATOLÓGICOS	RINITIS
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE
ALÉRGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
FOBIAS	NO REFIERE
OTRO, DESCRÍBALO	NO REFIERE

Antecedentes Personales por Sistemas

Nombre del Sistema	Patológicos	Quirúrgicos	Traumáticos
BOCA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CABEZA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
CUELLO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
GARGANTA	NIEGA	NIEGA	NIEGA
NARIZ	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OIDOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
OJOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PIEL Y ANEXOS	NIEGA	NIEGA	NIEGA
PSIQUIÁTRICO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA CIRCULATORIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA ENDOCRINO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA GENITOURINARIO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA NERVIOSO	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NIEGA	NIEGA	NIEGA
SISTEMA RESPIRATORIO	RINITIS	NIEGA	NIEGA

Observaciones Adicionales a los Antecedentes

Revisión Por Sistemas

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ANTECEDENTE DE RINITIS
OTROS SISTEMAS	ASINTOMÁTICO
OBSERVACIONES	ASINTOMÁTICO

ACTIVIDAD FÍSICA

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
ACTIVIDADES MANUALES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
EJERCICIOS O DEPORTES	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA

HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO
FUMADOR ACTUAL	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
EX FUMADOR	AÑOS DE CONSUMO	NO	0	CONSUMO POR DÍA
USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS	¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO	NO	0	NINGUNO

NO REFIERE VACUNAS

Examen Fisico

Aspecto General

NO APLICA

Signos Vitales

Tensión Arterial: 120 / 80 **Frecuencia Cardiaca:** 80 x minuto **Frecuencia Respiratoria:** 16 x minuto **Pulsioximetría:** %

Temperatura: 36.00 ºC **Lateralidad Dominante:** DIESTRO **Peso:** 87.00 kg **Talla:** 173 cm **IMC:** 31.07 - OBESIDAD GRADO I

Biotipo: **Perímetro Abdominal:** 75cm **Interpretación:** NORMAL

Tegumentario

Órgano	Hallazgo
CICATRICES	NINGUNA
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TATUAJES	NO TIENE

Cuello

Órgano	Hallazgo
ADENOPATÍAS	NO
FARINGE	NORMAL
INGURGITACION YUGULAR	NO
MASAS	NO
MOVILIDAD	NORMAL
PALPACION	NORMAL

Tórax

Órgano	Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
INSPECCION	NORMAL
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES

Cabeza

Órgano	Hallazgo
CRÁNEO	NORMOCÉFALO
CUERO CABELLUDO	NORMAL

Cardio Pulmonar

Órgano	Hallazgo
AUSCULTACIÓN PULMONAR	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS
CARDIOVASCULAR	NORMAL
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS

Abdomen

Órgano	Hallazgo
AUSCULTACIÓN	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS

Genitales

Órgano	Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL

Miembros Superiores

Órgano	Hallazgo
MANIOBRA DE FINKELSTEIN	NEGATIVO

OTRA PRUEBA	NEGATIVO
PINZAMIENTO SUBACROMIAL	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN	NEGATIVO
PRUEBA DE PHALEN INVERSO	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPICONDILITIS	NEGATIVO
PRUEBA PARA EPITROCLEITIS	NEGATIVO
SIGNO DE TINEL	NEGATIVO

Ojos

Órgano	Hallazgo
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
ESTRABISMO	NO
EXAMEN EXTERNO	NORMAL AMBOS OJOS
FONDO DE OJO	NORMAL
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
PUPILAS	NORMAL REACTIVA A LA LUZ

Miembros Inferiores

Órgano	Hallazgo
LESIONES VASCULARES	NO PRESENTA
OTRA PRUEBA	NEGATIVO
REFLEJO AQUILIANO	NEGATIVO
RODILLAS LIGAMENTOS	NEGATIVO
RODILLAS PATELLA	NEGATIVO
TEST DE LASEGUE	NEGATIVO

Columna

Órgano	Hallazgo
MASAS O ESPASMOS	NO
PRESENTA DOLOR	NO
INSPECCION	NORMAL
PRUEBA DE SCHOBER	NORMAL
ROTACIÓN	NORMAL
TEST DE WELLS	NORMAL
ALINEACIÓN	NORMAL
FLEXIÓN LATERAL	NORMAL

Postura / Simetría

Órgano	Hallazgo
PRUEBA DE ELASTICIDAD	NORMAL
PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN	NEGATIVA
SIMETRÍA DE CADERA	NORMAL
SIMETRÍA DE HOMBROS	NORMAL
TROFISMO MUSCULAR	NORMAL

Oídos

Órgano	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
TIMPANOS	NORMAL

Neurológico

Órgano	Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
NISTAGMUS	NEGATIVO

PRUEBA DE UNTERBERGER	NEGATIVO
PRUEBA ÍNDICE NARÍZ	NORMAL
ROMBERG SENSIBILIZADO	NEGATIVO
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
TEST DE ROMBERG	NEGATIVO

Oídos

Organo	Hallazgo
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

Nariz

Órgano	Hallazgo
EPISTAXIS	NO PRESENTA
RINORREA	NO PRESENTA
TABIQUE	NORMAL
RINOSCOPIA	NORMAL

Boca

Órgano	Hallazgo
DENTADURA	COMPLETA
LENGUA	EUTRÓFICA
MUCOSA ORAL	HÚMEDA

Ampliación de los Hallazgos

SIGNOS VITALES Y FUNCIONES MOTORAS NORMALES

CONSULTAS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR)	A	POR OBESIDAD GRADO I

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
AUDIOMETRÍA	N	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
OPTOMETRÍA	N	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
PRUEBA PSICOLOGICA OCUPACIONAL	N	NO APLICA

LABORATORIOS REALIZADOS

Producto	Valor	Resultado
PARCIAL DE ORINA	N	COLOR AMARILLO ASPECTO CLARO PH 5-8 DENSIDAD 1005-1030PROTEÍNASNEGATIVO GLUCOSANEGATIVO CETONANEGATIVO BILIRRUBINASNEGATIVO UROBILINÓGENONORMAL SANGRENEGATIVO LEUCOCITOSNEGATIVO NITRITOSNEGATIVO CÉLULAS EPITELIALES /CAMPOBACTERIAS LEUCOCITOS /CAMPOHEMATIES /CAMPOMOCONO SE OBSERVA
CUADRO HEMÁTICO	N	LABORATORIO RESULTADO VALOR REFERENCIA HEMATOCRITO 39 - 51 %HEMOGLOBINA 12.5 - 17.0 G/DLLEUCOCITOS 4.300 - 10.000 / MM3NEUTROFILOS % 46 - 72 %LINFOCITOS % 20 - 47 %MID % DE 3.0 A 10.0 %PLAQUETAS 159.000 - 440.000 / MM3
GLICEMIA	N	LABORATORIO RESULTADO VALOR REFERENCIA GLICEMIA 82 70 - 105 MG/DL
PERFIL LIPÍDICO	N	LABORATORIO RESULTADO VALOR DE REFERENCIA COLESTEROL TOTAL 175 ÓPTIMO: HASTA 200 MG/DLMODERADO: 200-239 MG/DLALTO: MAYOR A 240 MG/DLTRIGLICÉRIDOS190ÓPTIMO: HASTA 150 MG/DLMODERADO: 150-199 MG/DLALTO: 200-499 MG/DLMUY ALTO: MAYOR A 500 MG/DLHDL (LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD)35> 35 MG/DLVLDL (LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD)38 LDL (LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD)102< 140 MG/DLI.A ÍNDICE ATEROGÉNICO5.01.0-5.0

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención

NO APLICA

Código	Diagnósticos	Origen	Tipo
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
E784	OTRA HIPERLIPIDEMIA	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Analisis y Plan de Tratamiento

SE REMITE A CONTROL POR EPS POR MEDICINA GENERAL POR HIPERTRIGLICERIDEMIA; VALORACION POR NUTRICION POR OBESIDAD GRADO I

Concepto Ocupacional	Observacion Concepto Ocupacional
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA	NO APLICA

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

SIN REQUISITOS DE SALUD

Restricciones Laborales	Tipo	Recomendaciones
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

SIN RESTRICCIONES LABORALES

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROL DE PESO	VALORACION POR NUTRICION POR PESO
FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
HACER DEPORTE	
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS	
DIETA BALANCEADA	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	
VALORACIÓN POR EPS	SE REMITE A CONTROL POR EPS POR MEDICINA GENERAL POR PERFIL LIPIDICO
ESPECIALISTA	

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USO DE EPP	INCLUYENDO TAPABOCAS
SVE CARDIOVASCULAR	
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
CAPACITACIÓN	ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE, PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, HIGIENE POSTURAL
OTROS	DISTANCIAMIENTO FISICO, LAVADO DE MANOS CONSTANTE

Otras Observaciones y Recomendaciones

SE REMITE A CONTROL POR EPS POR MEDICINA GENERAL POR PERFIL LIPIDICO ; VALORACION POR NUTRICION POR OBESIDAD GRADO I

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

Nombre del Medicamento	Posología	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 0

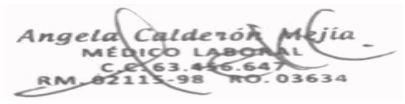
Nombre del Servicio	Observaciones	Cant	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

Nombre de la Especialidad	Motivo de la Remisión	Fecha Creación
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN

MÉDICO



Firma:

Nombre: CALDERON MEJIA ANGELA DEL ROSARIO

R. M.: 02115-98 **L.S.O.:** 003105

Código de Seguridad

A795G7M5737

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: PATIÑO AZUERO JESUS EMILIO

CC: 1096197746

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096197746 realizó el día 09/05/2024 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 JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096197746 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) JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096197746 el día 09/05/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO** identificado con **CC** No. **1096197746**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 16/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/04/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401015246073.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Certificado Bancario

Jueves, 16 de mayo de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO identificado(a) con CC 1096197746, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	49604869896	2019/12/06	CXC PENDIENTES

***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

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008618508

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000099939 ANEXO: 0

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

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	04	2024	15	04	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **JESUS EMILIO PATIÑO AZUERO** IDENTIFICACIÓN: CC **1096.197.746**

DIRECCIÓN: CL 33 N 31 12 CIUDAD: BARRANCABERMEJA, SANTANDER TELÉFONO: 3107762998

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	16/04/2024	30/04/2025	3,498,600.00

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.6212546. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA CONTRIBUIR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN DE OFERENTES Y/O BUSCADORES DE EMPLEO, POTENCIALES EMPLEADORES, EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS DE GESTIÓN Y COLOCACIÓN QUE SE BRINDAN A TRAVÉS DE LA AGENCIA PÚBLICA DE EMPLEO.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,498,600.00	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	9619	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

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

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)000000000007000400861850

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CAD82070090EF47B5F

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
Compañía de Seguros