SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	41022-961902

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO	C.C.	12.543.838	IP/Nº de contacto	54123
Correo electrónico contratista:	henrylorresp@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	SI
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO COLPATRIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	7242011928
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1447622/2020			Nº Compromiso SIIF	24920	
Valor Total del Contrato	$ 24.635.975	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.635.975	1	Del	16/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.021.413,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.614.562		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.021.413	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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.021.413**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.282.104**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		4323255162
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatonas	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 202.141	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 427.368	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.282.104,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.911.613,00	
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	13.381,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	40.428,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.967.604,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboracion de guias de aprndizaje
Elaboracion de Informe Contractual mes de marzo
Listado de materiales de formacion
Induccion manejo de plataforma SOFIA PLUS

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.

LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO
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 periodo 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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago
EL ORDENADOR DEL PAGO

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA — NUMERO DE IDENTIFICACION:
NOMBRE O RAZON SOCIAL:
CIUDAD/MUNICIPIO: SANTA MARTA — DEPARTAMENTO:
DIRECCION: K 17 A N 28 50 — TELEFONO:
TIPO APORTANTE: INDEPENDIENTE — CLASE APORTANTE:
TIPO EMPRESA: PRIVADA — ACTIVIDAD ECONOMICA:
FORMA DE PRESENTACION: UNICO
APORTANTE ENGENERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA: 432 [illegible] — TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS: MES — Inicio AÑO — PERIODO COTIZACION SALUD: MES — Inicio AÑO
DIAS DE MORA:
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA			TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	EPS041 SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14543452321

(415)7707212489984(8020) 000001454345232 1

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

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 2 5 4 3 8 3 6	1 9 7 7 0 4 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HINCAPIE	FRAGOSO	LUIS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 17 A 26 50 BRR SANTA HELENA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
luchoh55@yahoo.com.mx		3 0 0 3 0 8 0 8 4 5	

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
7 4 9 0	2 0 0 5 0 7 0 5	0 3 1 1	2 0 1 4 0 9 2 6	4 7 9 9		2 1 4 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. regimen ordinar

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 5 2 7

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

994. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

995. Cargo:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SOLAB S.A.S
Nit. 900724151 - 6
Dirección: Cra 3A No. 24 - 57 Urb. El Prado Santa Marta - Magdalena
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/01/2018 09:21:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 12543836**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 CUADRO HEMATICO	3 GLICEMIA
4 BRUCELLA ANTICUERPOS (ROSA DE BENGALA)(PRUEBA DE BANG)	5 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA)	6 OPTOMETRIA
7 PERFIL LIPIDICO	8 TEST DE PERSONALIDAD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Manipulación de Alimentos	○	○	○	○
Apto para conducir	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para conducir	○	○
Apto para Manipulación de Alimentos	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ⊗ Auditivo ⊗ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ⊗	NO ○

CONTROL DE PESO A TRAVES DE EPS,CONTINUAR EL CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR EPS.,HABITOS SALUDABLES,HIGIENE POSTURAL,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS,USO OBLIGATORIO DEL EPP ASIGNADO PARA LA LABOR, CORRECCION OPTICA PERMANENTE. CONTROL DE OPTOMETRIA EN 6 MESES, PROTECCION AUDITIVA, CONTROL DE AUDIOMETRIA SEMESTRAL

RESTRICCIONES

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. JOSE DAVID FLOREZ JANICA
MEDICO CIRUJANO RM 472 S.S.M
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Lic. Ocupacional 9698

Trabajador: LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO
CC: 12543836
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SOLAB S.A.S
Nit. 900724151 - 6
Dirección: Cra 3A No. 24 - 57 Urb. El Prado Santa Marta - Magdalena
Tel: (5) 4235858 - 4361949

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

OPTOMETRÍA

Fecha historia 25/01/2018 13:10:00

Doc. Identidad **CC 12543836** Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO** Fecha Nacimiento. **20/08/1954**
Entidad **PARTICULAR** Edad **63** Ocupación **SNT**
Fondo de Pensión **SIN INFORMACION** EPS ARL **NO SABE**

Anamnesis

Ultimo examen visual **1 AÑO** | Usa Anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [X] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál?
Accidentes Oculares Si [ ] No [ ] Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad Ocular [ ]
Ardor Ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio Ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito Ocular [ ] Salto de Renglón [ ]
Antecedentes personales y/o familiares **HTA EN TTO** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.					2/80	2 M
O.I.					20/50	2 M

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Blefaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Blefaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma Corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma Corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORICO** VP HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **12 CM**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila Normal [X] Brillo Foveal Normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila Normal [X] Brillo Foveal Normal [X] Catarata [ ]
Esclerosis de Cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión Retinal [ ]	Esclerosis de Cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión Retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión Cromática	Visión de Profundidad	Campo Visual por Confrontación
O.D **NORMAL**	O.D: **60 SEG DE**	O.D:
O.I: **NORMAL**	O.I: **60 SEG DE**	O.I:

Refracción / **Refracción Final** / **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:		-		+	O.D:	+1.25	-		+2.50	20/30	0.75 M
O.I:		-		+	O.I:	+0.50	-		+2.50	20/20	

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[X]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [X] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [X] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:**

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ
OPTOMETRA
TP: 2189
RM: 03458

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

1260861

Nombre	HINCAPIE FRAGOZO LUIS ALBERTO		Fecha de recepcion	26-ene-2018 4:38 am	
Identificacion	CC 12543836	Tel	Fecha de impresion	29-ene-2018 11:58 am	
Edad	62 Años 4 Meses 3 Dias	Sexo M	Empresa	SOLAB	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA	
No. Ordenamiento	62971		Fecha Validacion	26-ene-2018 7:08:00a.m.	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
ANTICUERPOS TOTALES ANTIBRUCELLA	MENOR DE 25	UI/ml	
Metodo: Rosa de Bengala			

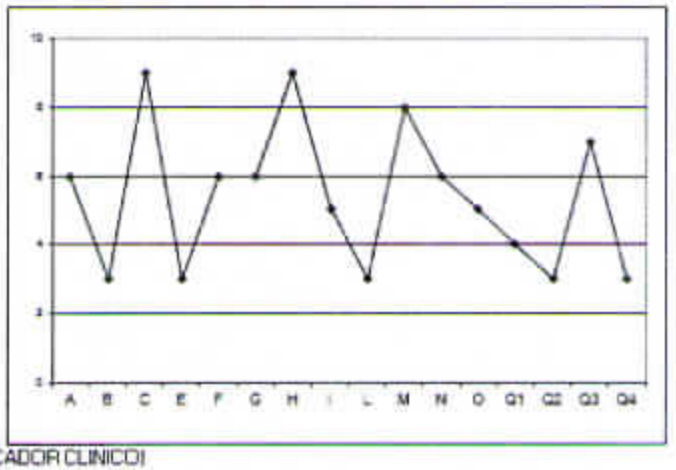
V. de Referencia
Negativo: Menor de 25 UI/ml

NOMBRE DEL PACIENTE: ***LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO***
IDENTIFICACIÓN: 12.543.836
EDAD: 63
SEXO: MASCULINO

INFORME PRUEBA 16 PF – PRUEBA DE PERSONALIDAD

Fecha de Atención: 25 enero de 2018
Empresa: SENA Seccional Magdalena

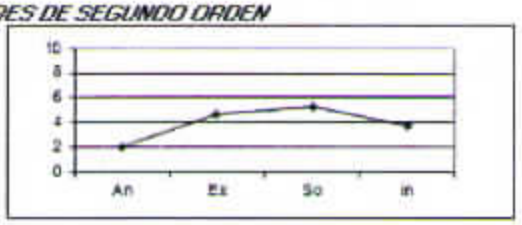
P.Directo		Decatipos	
12	Reservado / Abierto	A	6
6	Rto. Concreto / Abstracto	B	3
22	tabilidad Emoc / Estabilidad emocio	C	9
8	Sumiso / Dominante	E	3
15	Prudente / Impulsivo	F	6
15	Despreocupado / Escrupuloso	G	6
21	Tímido / Espontáneo	H	9
13	Racional / Emocional	I	5
6	Confiado / Suspicaz	L	3
17	Practico / Soñador	M	8
12	Sencillo / Astuto	N	6
10	Seguro / Inseguro	O	5
9	Tradicionalista / Innovador	Q1	4
7	pendencia Del Grupo / Autosulicien	Q2	3
14	Desinhibido / Controlado	Q3	7
6	Tranquilo / Tensionado	Q4	3



I.C. = INDICADOR CLINICO

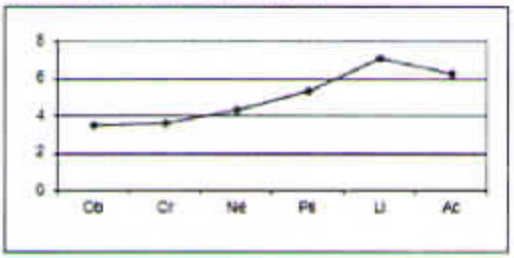
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

Baja Ansiedad/Alta Ansiedad	An	2
Introversion/ Extraversión	Ex	5
Bajo Control Social/Alto Control Social	So	5
Dependencia/Independencia	In	4



ECUACIONES DERIVADAS DE PERFILES

Objetividad/Subjetividad	Ob	4
Creatividad Baja/Creatividad Alta	Cr	4
Bajo Neuroticismo/Alto Neuroticismo	Ne	4
Bajo Aislamiento/Alto Aislamiento	Ps	5
Bajo Liderazgo/Alto Liderazgo	Li	7
Propenso A Accidentes/ Libre Accidentes	Ac	6



SOLAB

NOMBRE DEL PACIENTE: ***LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO***
IDENTIFICACIÓN: 12.543.836
EDAD: 63
SEXO: MASCULINO

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Según los resultados de la prueba de los 16 factores de la personalidad –TEST 16PF, se percibe que el evaluado ***LUIS HINCAPIÉ FRAGOSO,*** Es una persona que no tiene preferencias para trabajar individual o grupalmente. Presenta dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. Emocionalmente se encuentra estable, maduro y realista. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones. Tiene rasgos de ser una persona sumisa, cede fácilmente ante los demás, es dócil y conformista. Es modesto, humilde y obediente. Presenta un nivel intermedio entre ser prudente y ser impulsivo.

Presenta un nivel intermedio en su nivel de responsabilidad y en aceptar las normas sociales. Es sociable y espontáneo. Dispuesto a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales. Actúa con igual facilidad entre las respuestas de pensamiento y sentimiento. Es una persona confiada, comprensiva, permisiva y tolerante. Cede ante los cambios, no parece preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las dificultades. Es muy imaginativo, se abstrae mucho en sus pensamientos. Se entusiasma rápidamente, cambia y abandona las ideas bruscamente.

Puede ser sencillo e ingenuo socialmente o calculador en ocasiones. Es una persona que puede mostrarse segura, tranquila, flexible y serena. Tiende a no culparse por sus acciones erradas, trata de actuar libremente sin temores, aunque en algunas ocasiones puede mostrar lo contrario. Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista. Es dependiente del grupo. Prefiere estar en compañía y decide sobre lo correcto de su desempeño al compararse con otros más que confiar en su propio juicio. Se une fácil al grupo. Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.

OBSERVACIÓN:

Los resultados pueden tener un margen de sesgo o error debido posiblemente a síntomas de ansiedad del evaluado durante la prueba, a no contestar con total honestidad las preguntas o a interpretaciones erróneas de las mismas. Recuerde que esta descripción del perfil de personalidad no define con plena exactitud los rasgos del paciente, sino que es lo más semejante posible.

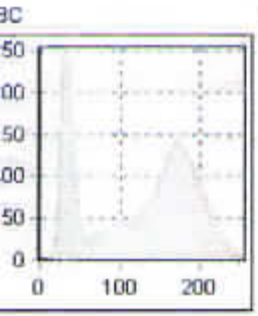
JULIA CARRASCAL NAVARRO
Psicóloga
Especialista en Psicologia Ocupacional y Organizacional
Lic. 6482/10

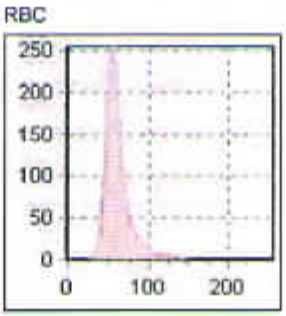
Impreso	25 ene 2018 04:16:01 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20161109	
Sede	PRINCIPAL					Página 1 de 3	
Paciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO			Sexo M	Edad 63A 5M 5D	Nro. De Recepción	62971
Identif.	CC 12543836	Teléfono			Fecha De Recepcion	25 ene 2018 08:53:07 am	
Entidad	SOLAB			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

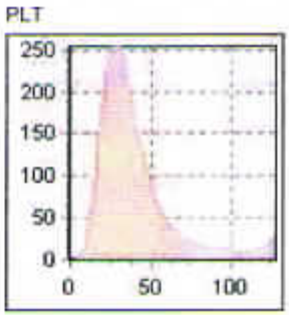
HEMATOLOGIA

1. HEMOGRAMA TIPO IV

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	12,60	gr/dl	14 a 17,40
Hematocrito	38,60	%	45 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,95	x10^6/uL	4,50 a 5,50
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	77,90	fL	70 a 96
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	25,50	pg	23 a 35
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	32,70	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	0,16	%	0,11 a 0,16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	44,40	fL	20 a 42
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,60	x10^9/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	63,80	%	50 a 75
Neutrofilos (/mmc)	4,90	x10^9/L	2 a 7
Linfocitos(%)	28,10	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,10	x10^9/L	0,80 a 4
Monocitos(%)	8,10	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,60	x10^9/L	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	321	x10^9/L	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	2,86	mL/L	1 a 2,82
Volumen plaquetario medio (MPV)	8,90	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,10	fL	9 a 17







QUIMICA



SOLAB

SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - MEDICINA LABORAL

Impreso	25 ene 2018 04:16:01 pm		RESULTADOS				Software Baxlab v20161109
Sede	PRINCIPAL						Página 2 de 3
Paciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO			Sexo M	Edad 63A 5M 5D	Nro. De Recepción	62971
Identif.	CC 12543836	Teléfono			Fecha De Recepción	25 ene 2018 08:53:07 am	
Entidad	SOLAB			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
2	COLESTEROL TOTAL			
	Colesterol total sérico	212	mg/dl	

Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo: Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .....170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL

3	Glicemia en Ayunas	98	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro: 20 a 60
0 a 1 dia: 40 a 60 mg/dl
> 1 dia: 50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos: 70 a 105mg/dl

4	Colesterol HDL	42,80	mg/dL	35 a 55

INTERPRETACION

Bajo.....<40mg/dL
Elevado(Deseable).....>60mg/dL

5	Colesterol LDL	147.8	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

mpreso	25 ene 2018 04:16:01 pm		RESULTADOS			Software Baxlab v20161109	
ede	PRINCIPAL					Página 3 de 3	
aciente	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO		Sexo M	Edad 63A 5M 5D	Nro. De Recepción	62971	
entif	CC 12543836	Teléfono		Fecha De Recepcion	25 ene 2018 08:53:07 am		
ntidad	SOLAB		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
ala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Médico	ASIGNADO NO .			

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
6	Triglicéridos sérico	107	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 150 mg/dl
Intrmedio Alto: De 150 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Dra Victoria Herrera Arias
Bacterióloga

SOLAB

SOLAB S.A.S

900724151

AUDIOMETRIA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO** Doc. Identidad **12543836**

Teléfono Edad **63** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **25/01/2018** Reposo Auditivo SI 12 HORAS

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP

◯ SI SNT
⊗ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

◯ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ⊗ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

◯ Ninguno Parentesco
◯ Congenito ◯ Adquirido

DIAGNOSTICO CIE-10

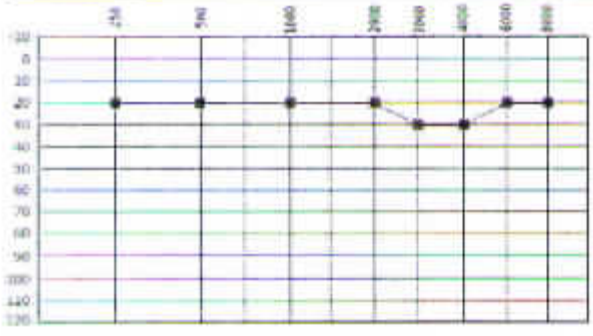
H932 - OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES Observación: BIALTERAL

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE NORMAL
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL



Diagnostico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		20	20		20		20	30	30	20	20
OD		20	20		20		20	30	30	20	20
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
CONTROL SEMESTRAL
PROTECCION AUDITIVA

Nasly Buenahora R.

FONOAUDIOLOGA
ESP. AUDIOLOGIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12543836 realizó el día 19/03/2020 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

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 LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 12.543.836, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/03/2020 y fecha fin de contrato 29/09/2020 con riesgo 2.

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): 202001013241614.

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 22/03/2020 9:54:26 a. m.
ISCDC: 22/03/2020 9:54:26 a. m.

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 007242011928 , con fecha de apertura 26 de Septiembre de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): LUIS ALBERTO HINCAPIE FRAGOSO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 12.543.836

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Marzo de 2020 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea de Atención

Bogotá: 7561616 - **Cali:** 4891616 - **Medellín:** 6041616 - **Barranquilla:** 3851616 - **Ibagué:** 2771616 - **Pereira:** 3401616 - **Cartagena:** 6931616
Neiva: 8631616 - **Bucaramanga:** 6971616 - **Cúcuta:** 5955195 - **Santa Marta:** 4365966 - **Villavicencio:** 6836126 - **Valledupar:** 5898480
Popayán: 8353735 - **Resto del país:** 018000 522222

www scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 11 GU047997
CERTIFICADO 11 GU068260
CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1160068260

SUCURSAL: 11 SANTA MARTA | USUARIO: SILVAL | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA: DD 16 MM 03 AAAA 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	HINCAPIE FRAGOSO LUIS ALBERTO	**C.C. O NIT:**	12543836 4
DIRECCIÓN:	CR 17 A 28 50	CIUDAD:	SANTA MARTA
E-MAIL:	luchoh55@yahoo.com.mx	TELÉFONO:	3003080845
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD: SANTA MARTA	TEL. 4215908
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL MAGDALENA	**C.C. O NIT:**	899999034 1
DIRECCIÓN:	CL 19 12 29	CIUDAD: SANTA MARTA	TEL. 4215908

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 16 03 2020	HASTA 29 01 2021			2,463,597.50

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%		TRM 3,941.92	MONEDA	VALORES
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF				PRIMA	PESOS	20,000.00
					CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	12,000.00
					IVA	PESOS	6,080.00
					TOTAL		38,080.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	16-03-2020	29-01-2021	0.00	2,463,597.50	20,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES No.CO1.PCCNTR.1447622 DE 2020 CELEBRADO POR LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA, REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR QUE CONOZCO DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSURADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S.A. EN TODO EL PAIS.
"VER NOTA" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SOLO SE PODRAN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARAN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A. REGIMEN COMUN AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
EL ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA (SALVO REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTICULO 2.25 DE LA LEY 80 DE 1993).
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: SE MANIFIESTA Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: () TOMADOR Y/O () ASEGURADO Y/O () BENEFICIARIO, QUE AL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES. ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TERMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU CO-GS-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762018186594 9/8/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 086813 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6811

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1160068260

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-07-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO