SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS

Código Regional	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2020**
Versión	**ENERO 2020 - 1,20**
ID de Proceso	**18475-500061**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DARLEY ACOSTA CORRALES	**C.C.**	93.373.601	**IP/Nº de contacto**	2683779
Correo electrónico contratista:	dacostac@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	59770960562
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 $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1331931/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**17720**	
Valor Total del Contrato	$ 38.625.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.625.000	**1**	**Del**	**03/02/2020**	**Al**	**23/02/2020**	**$ 2.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.125.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.500.000		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	**$ 2.500.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.661.250**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**	Valor Base retención en la fuente	1.661.250,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.215.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 5.300	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8541	6.645,00	0,300%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Bomberos	399,00	6,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 553.750		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.492.956,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Número Ficha Titulada virtual: 1668027 Nombre: Gestión de Mercados
2. Ciudad Formación: Ibagué Sitio de Formación: Virtual. Centro de Industria y de la Construcción
3. Verifique que las actividades, guías de aprendizaje, los enlaces para envío de evidencias y los enlaces de pruebas/foros/sesiones.
4. Organice las columnas de actividades y los RAPs en el centro de calificaciones, teniendo en cuenta el orden de las actividades disp
5. Mantengo comunicación constante con los aprendices a través de los anuncios y mensajes al interior del curso.

Ibagué

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.

DARLEY ACOSTA CORRALES
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,

HEIDY ALEXANDRA MOLANO GIRON
COORDINADORA ACADÉMICA

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

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 93373601
NOMBRES Y APELLIDOS	Acosta Corrales,Darley
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	31/01/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Acosta Corrales,Darley , a los 30 días del mes de enero del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DARLEY ACOSTA CORRALES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **93373601,** se encuentra afiliado (a) desde **04/11/1992** 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 30 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 14546328765

(415)7707212489984(8020) 000001454632876 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 3 7 3 6 0 1	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué 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	9 3 3 7 3 6 0 1	1 9 8 7 0 2 1 0

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACOSTA	CORRALES	DARLEY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
MZ 37 CA 10 ET 8 BRR EL JORDAN

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
acdarley@misena.edu.co		2 6 8 3 7 7 9	3 1 6 4 7 6 8 4 4 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 0 7 0 8 0 6	8 5 5 1	2 0 0 7 0 8 0 6	7 0 2 0	7 0 1 0	2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	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 2 0 0 1 1 6

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

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Dr. Miguel Angel Barrios	Fecha de diligenciamiento		Tipo de examen	✠ Pre empleo	Cambio de cargo	Trabajo en alturas
	Dia / Mes / Año	Hora		Periódico	Post incapacidad	Manipulación de alimentos
SENA REGIONAL TOLIMA	28/01/2019	01:27:14 p.m.		Retiro	Consulta general	

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de identificación				Numero de identificación	Sexo	
NUIP	✠ CC	TI	CE	93373601	F	✠ M

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DARLEY	0	ACOSTA	CORRALES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo al que aspira o actual	INSTRUCTOR VIRTUAL DE SISTEMAS		Tiempo en el cargo	0
Centro al que pertenece	SENA REGIONAL TOLIMA	Dependencia	SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA	

CONCEPTO

Pre empleo y Cambio de cargo	✠ Apto para el cargo Apto con recomendaciones para el cargo Apto con restricciones para el cargo Aplazado No apto para el cargo	Periódico y Post incapacidad	Satisfactorio No satisfactorio

Trabajo en alturas	Apto No apto Aplazado	Manipulación de alimentos	Apto No apto Aplazado

Retiro	No	Si	Se retira con enfermedad general
	No	Si	Se retira con enfermedad profesional
	No	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente común
	No	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente de trabajo

Requiere valoración o exámenes adicionales?	Psicología ocupacional	Médico especialista
	Médico general	Examen adicional

RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO

TRABAJADOR AL INGRESO EN BUENA CONDICION DE SALUD.

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO SIN RESTRICCION MEDICA PARA EL CARGO.

Aspirante o trabajador:		Nombre Médico:	MIGUEL ANGEL BARRIOS RENGIFO
0 0 0 0			
Nombre			
		Firma	Dr. Miguel Angel Barrios Médico Esp. En Salud Ocupacional U. Rosario - Valle - Reg. Med. 7184197
Firma			
No. de identificación	93.373.601	Sello	

Tipo	Fecha Día / Mes / Año	Interpretación									
Visiometria	28/01/2019	X	Normal	OD							
			Anormal	OI							
Audiometría	28/01/2019	X	Normal	OD							
			Anormal	OI							
Espirometría			Normal								
			Anormal								
KOH de uñas		NA	Negativo para hongos		Positivo para hongos		Frotis Faríngeo		Negativo para patógenos		Positivo para patógenos
Coprológico		NA	Negativo para parásitos		Positivo para parásitos		Cuadro Hemático	X	No patológico		Patológico
Perfil lipídico	28/01/2019	X	Normal		Anormal		Glicemia	X	Normal		Anormal
			Normal		Anormal						

Ampliación de reportes y observaciones

GLICEMIA PRE: 84 mg/dl, COLESTEROL TOTAL: 190 mg/dl, TRIGLICERIDOS: 209 mg/dl PdO: NORMAL

EXAMEN FISICO

Peso	64,0 Kg	Talla	1,70 m	IMC	22,1	Interpretación	Sano
Presión Arterial	110 / 60 mm / Hg					Fc	72 x min
Lateralidad	X Diestro		Zurdo		Ambidextro	Fr	16 x min

Segmento	Normal	Anormal	No examinado	Hallazgo
Cabeza	X			
Ojos	X			Requiere corrección visual? X No Si Usa la corrección? Si X No
Nariz	X			
Oídos	X			
Boca	X			
Garganta	X			
Cuello	X			
Ruidos cardiacos	X			
Ruidos respiratorios	X			
Abdomen y pelvis	X			
Genitales	X			
Manos y muñecas	X			Tinel: Der - X + Izq - X + Phalen: Der - X + Izq - X + Flinkelstein: Der - X + Izq - X +
Antebrazos y codos	X			
Brazos y hombros	X			
Dorso y Columna	X			Adams: - X + Escoliosis Postural Estructural
Cadera y muslos	X			
Piernas y rodillas	X			
Tobillos y Pies	X			
Piel y Anexos	X			
Neurológico	X			
Esfera mental	X			

Ampliación de hallazgos

Dr. Miguel Angel Barrios
Médico Esp. En Salud Ocupacional
U. Rosario - Valle - Reg. Med. 7194497

Laboratorio Clínico Javeriano E.U.
NELLY BEATRIZ MONTEALEGRE LYNETT
Bacterióloga Pontificia U. Javeriana
Cra. 4B No. 32 - 25 Barrio Cadiz
Ibague - Tolima
Telefonos: 2662885 - 2665283. Email javerianoeu@gmail.com
Visitenos en nuestra pagina www.laboratorioclinicojaveriano.com

Paciente : DARLEY ACOSTA
Nro Orden: 1001570 Ingreso : 2019/01/28-09:33
Doc. Id : 93373601 Impresion: 2019/01/28-12:48
Edad/Sexo: 50 A/ M Telefono : 3164768444
Entidad : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S.A.SDireccion: MZ 37 CS 10 JORDAN 8 ETP
Medico :

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

SECCIÓN DE URO-COPRO ANÁLISIS

PARCIAL DE ORINA

CARACTERES GENERALES

Color	:	AMARILLO
Aspecto	:	LIGERAMENTE TURBIO
pH	:	6.0 Acido
Glucosa	:	NORMAL mg/dl
Cuerpos Cetonicos	:	NEGATIVO mg/dl
Hemoglobina	:	NEGATIVO RBC/ul
Proteinas	:	10 mg/dl
Pigmentos Biliares	:	NEGATIVO
Nitritos	:	NEGATIVO
Leucocitos	:	NEGATIVO WBC/ul
Bilirrubina	:	NEGATIVO
Urobilinogeno	:	NORMAL

SEDIMENTO

Células Epiteliales	:	2-4 XC
Leucocitos	:	3-4 XC
Bacterias	:	+
Moco	:	+

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Laboratorio Clinico Javeriano E.U.
NELLY BEATRIZ MONTEALEGRE LYNETT
Bacteriòloga Pontificia U. Javeriana
Cra. 4B No. 32 - 25 Barrio Cadiz
Ibague - Tolima
Telefonos: 2662895 - 2665293. Email javerianoeu@gmail.com
Visitenos en nuestra pagina www.laboratorioclinicojaveriano.com

Paciente : DARLEY ACOSTA
Nro Orden: 1001570 Ingreso : 2019/01/28-09:33
Doc. Id : 93373601 Impresion: 2019/01/28-12:48
Edad/Sexo: 50 A/ M Telefono : 3164768444
Entidad : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S.A.SDireccion: MZ 37 CS 10 JORDAN 8 ETP
Medico :

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

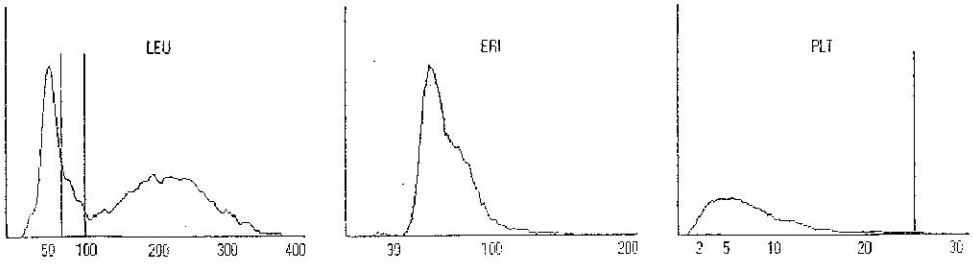
SECCIÓN DE QUIMICA CLÍNICA

Glicemia.....	84.0 mg/dl	60 - 110
Colesterol Total .....:	190.0 mg/dl	
Evaluación del Riesgo:Normal < 200		
Moderado 200-239		
Alto > 240		
Triglicéridos.....:	209.0 mg/dl	
Hombres 40-160 / Mujeres 35-135		

Dra. NELLY BEATRIZ MONTEALEGRE
BACTERIOLOGA U. JEVIERIANA
T.P. 38223103

CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO

Leucocitos .....:	6.5 /mm3	4.8 - 10.8
Linfocitos.....:	2.0	
Monocitos.....:	0.5	
Granulocitos.....:	4.0	
Eritrocitos .....:	5.02 M/uL	3.80 - 5.30
Hemoglobina .....:	15.4 g/dl	11.0 - 17.0
Hematocrito .....:	45.4 %	36.0 - 56.0
Volumen Corpuscular Medio (MCV)...:	91 fL	80.0 - 100.0
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH):	30.7 pg	28.0 - 36.0
Concentracion Hb.Corp.Media (MCHC):	33.8 g/dL	31.0 - 37.0
Ancho Distrib. Eritrocitos (RDW)..:	15.0 %	11.5 - 16.5
Plaquetas (PLT).....:	300 /mm3	120 - 380
Volumen Plaquetario Medio (MPV) ..:	8.0 fL	4.5 - 10.0



Dra. NELLY BEATRIZ MONTEALEGRE
BACTERIOLOGA U. JEVIERIANA
T.P. 38223103

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

TAMIZAJE VISUAL

Fecha de diligenciamiento		Tipo de examen	✠	Pre empleo	☐	Cambio de cargo	☐	Trabajo en alturas
Día / Mes / Año	Hora		☐	Periódico	☐	Post incapacidad	☐	Manipulación de alimentos
28/01/2019	07:36:06 a.m.		☐	Retiro	☐	Consulta general		

SENA REGIONAL TOLIMA

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de identificación	Numero de identificación	Sexo
☐ NUIP ✠ CC ☐ TI ☐ CE	93.373.601	☐ F ✠ M

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DARLEY	0	ACOSTA	CORRALES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo al que aspira o actual	INSTRUCTOR VIRTUAL DE SISTEMAS	Tiempo en el cargo	0
Empresa cliente	SENA REGIONAL TOLIMA	Dependencia	SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA

AGUDEZA VISUAL

SIN CORRECCION

	LEJOS			CERCA			
OD	20	/	20	OD	20	/	0,5
OI	20	/	20	OI	20	/	0,5

CON CORRECCION

	LEJOS			CERCA			
OD	20	/		OD	20	/	
OI	20	/		OI	20	/	

EXAMEN EXTERNO

BCM

MOTILIDAD OCULAR

BCM

VISION CROMATICA

BCM

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

EMETROPE

RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO

1

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

SIN RESTRICCION

Aspirante o trabajador:		Nombre Médico:	
FIRMA			
No. de identificación		Sello	

Dr. Miguel Angel Barrios
Médico Esp. En Salud Ocupacional
U. Rosario - Valle - Reg. Med. 7544497
Lic. Salud Ocupacional 370

SANDRA LILIANA GUZMAN RONDON
FONOAUDIOLOGA UNIV IBEROAMERICANA
Cel: 3112424342 - 3112332864

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 28-01-19 Empresa: Sena Tipo de examen: I ✓ P ___ R ___ A ___
Nombre: Darley Acosta Corrales. CC No: 93.373.60[illegible]
Sexo: F ___ M ✓ Edad: 38 A Tel: Cargo: Instructor.
Antigüedad: ___ Reposo auditivo: SI ___ NO ___ Uso de EPA: SI ___ NO ✓ Tipo: Tapas

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLOGICOS			INGESTA OTOTOXICOS	Si		No ✓	EXTRALABORALES			
OTALGIA	Si	No ✓	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si		No ✓	MOTO	Si ✓	No	
OTITIS	Si	No	QUIRURGICO				TEJO	Si	No ✓	
OTORREA	Si	No ✓	CIRUGIA DE OIDO	Si		No ✓	SERVICIO MILITAR	Si ✓	No	
OTORRAGIA	Si	No ✓	TIMPANOPLASTIA	Si		No ✓	POLIGONO	Si	No ✓	
PRURITO	Si	No ✓	CX CABEZA O CUELLO	Si		No ✓	DISCOTECA	Si	No ✓	
SENSACION OIDO TAPADO	Si	No ✓	PATOLOGIAS				WALMAN	Si	No ✓	
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	Si	No ✓	HIPERTENSION ARTERIAL	Si		No ✓	INSTRUMENTO MUSICAL	Si	No ✓	
TINITUS/ACUFENOS	Si	No ✓	DIABETES	Si		No ✓	ARMA DE FUEGO	Si	No ✓	
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIEN	Si ✓	No	RENITIS/SINUSITIS	Si		No ✓	VIVE ZONA DE RUIDO	Si	No ✓	
AUDIOMETRIA PREVIA	Si ✓	No								

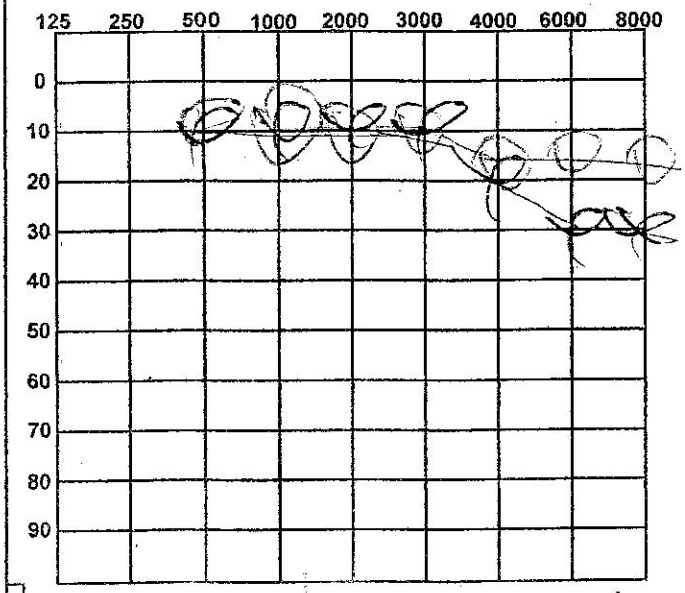
TIEMPO EN EL OFICIO: 20 A ✓

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN ✓ RESTOS DE CERUMEN ___ OI: CAE LIBRE DE CERUMEN ___ RESTOS DE CERUMEN ✓

Observaciones:

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL	✓	✓	

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD	10	10	10	10	10	N
OI	10	10	10	10	10	N

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

OD: Normal FRECUENCIAS ___

OI: Caida leve FRECUENCIAS 6000 y 8000 Hz

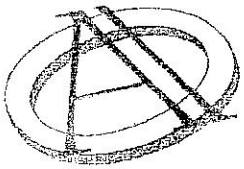
9. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGÚN PVE ANUAL ___ SEMESTRAL ___ USO DE EPA SEGÚN PVE ___ AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA ___ AUDIOMETRIA CLINICA ___
VALORACION POR ORL: ___ EXAMENES COMPLEMENTARIOS ___ LIMPIEZA OTICA OD ___ OI ___ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL ___ NO UTILIZAR EMP 3 ___

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometría, así mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la nformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las características, estadísticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: **NORMAL**(0-20 dB), **LEVE**(25-40 dB), **MODERADO**(41-60 dB), **SEVERO**(61-80 dB), **PROFUNDO**(81 dB)

Sandra Liliana Guzmán Rondón
FONOAUDIOLOGA
U. IBEROAMERICANA
MP 14-03048
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR



PSI. ESP. EDUARDO APONTE HURTADO
MAGISTER EN PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Registro TP: 73140 SST
Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 10413
NIT 94380598 - 3

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE VALORACIÓN					
28	01	2019	Bogotá	INGRESO	EGRESO	TRABAJO ALTURAS	PERIODICO	BRIGA DISTA	OTRO
DD	MM	AAAA	CIUDAD	✓					
EMPRESA	Sena								

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Darley	Anork	Corrales		Doc.identificación		93373601
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo	CC	Número

CONCLUSIÓN

PSICOLOGIA LABORAL	SATISFACTORIO	✓	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	✓	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACIÓN SUICIDA	NO REPORTA	✓	REPORTA			
FOBIA A LAS ALTURAS (Acrofobia)	BAJA	✓	MEDIA		ALTA	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJA	✓	MEDIA		ALTA	
Requiere valoración o exámenes adicionales?						

CONCEPTO

CONCEPTO PSICOLÓGICO OCUPACIONAL	✓	* SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN APTO
		* CON RECOMENDACIÓN: SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA PERO CONDICIONADO A RECOMENDACIONES
		NO APTO
RECOMENDACIONES		

EDUARDO APONTE HURTADO
Psicologo Esp Psicologia ocupacional
Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo No 266 del 2018
Registro Colegio Colombiano de Psicologos 10413

Hace constar:

Que el Sr(a) DARLEY ACOSTA CORRALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93373601 realizó el día 26/02/2020 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 DARLEY ACOSTA CORRALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93373601 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:

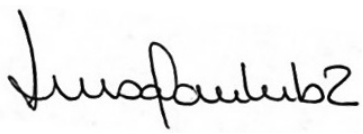
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor DARLEY ACOSTA CORRALES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.373.601, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/02/2020 y fecha fin de contrato 15/12/2020 con 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 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): 202001013280405.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 30 de Marzo de 2020

Señores
COMFENALCO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DARLEY ACOSTA CORRALES identificado(a) con CC 93373601, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	59770960562	2017/01/18	ACTIVA	103,116.09

*** 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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101138686	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	02	2020	01	02	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
ACOSTA CORRALES, DARLEY			CC: 93.373.601
DIRECCIÓN: MZ 37 CASA 10 ETAPA 8 JORDAN	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO:	3164768444

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA		
DIRECCIÓN: CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO 0
ADICIONAL:		

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******19,217.00	$ *******7,000.00	$ *******4,981.00	$ **********31,198.00	$ ********3,862,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100560824519 7(3900)0000000031198(96)20210131

REFERENCIA PAGO: 1100560824519-7

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101138686	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	02	2020	01	02	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
ACOSTA CORRALES, DARLEY		CC: 93.373.601
DIRECCIÓN: MZ 37 CASA 10 ETAPA 8 JORDAN	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO: 3164768444

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA		
DIRECCIÓN: CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO 0
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.1331931, CUYO OBJETO ES: contrato de prestacion de servicios profesionales y de apoyo a la gestion para impartir formacion titulada y/o complementaria en las modalidades presencial dentro de los programas Regular: FORMACION VIRTUAL - Informatica Diseño y Desarrollo de Software - contenidos digitales del Centro de Industria y Construccion en la vigencia 2020.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2020	30/04/2021	$3,862,500.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******19,217.00	$ *******7,000.00	$ *******4,981.00	$ **********31,198.00	$ ********3,862,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101138686

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ÚNICA 01
RAMIREZ Impresores Ltda. PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1