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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**04781-097923**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	78.709.739	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rabrunal@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	09100034813
IP/Nº de contacto:	53527	**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:	6468365/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**79524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de Contabilidad de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.709.100
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.709.100
Valor Bruto Pago:			**$ 4.316.650,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.392.450

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.650	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	**$ 4.316.650**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.596.950**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.596.950,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**176852996**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.824.450,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.726.660	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 276.300	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.100	$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,966%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 198.400		-	0,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ 155.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 865.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.316.650,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA TECNOLOGO EN GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA CENTRO CSF

Se han realizado las correspondientes actividades de formación con las fichas en el periodo Julio de 2024 en el programa Gestión Contable y de Información Financiera en la Competencia Técnica de la siguiente forma: En el Centro de formación Sede Salitre las Fichas 2826958-3 en el horario de 18 a 22 de lunes a viernes, la 2847519 en el horario de 12 a 18 de lunes a viernes, la 2826953 - 1 en el horario de 18 a 22 de lunes a viernes.

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

RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
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,

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA
INSTRUCTOR G19

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/07/24 08:19:34 USUARIO: SIC - C.C. 78709739

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	30 04 2024

176852996

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	- Cotizante o Cabeza de Familia X A. Individual B Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Bruna l	Suarez	Rodolfo	Antonio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	78704 734	Femenino Masculino	D D M M A A A A 0 3 1 2 1 9 7 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$ 1'300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cll 42 # 7b - 65 Cent.U	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3157205287	rodolfobrunale@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Monteria	Urbana X Rural	Cent.U	Cordoba

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS Medicu	27412
B	IPS Montelibano	15403
B		
B		

KPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio, Código del Departamento)	67. Datos del SISBEN (Número de ficha, Puntaje, Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Independiente cod 03

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y la aceptación de las condiciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
OFICINA MONTERIA

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	RECIBIDO POR ____ FECHA ____ HORA 8:38 AM	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **78709739,** se encuentra afiliado/a desde **09/03/1999** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de junio de 2024.



Rosa Mercedes Nino 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14809106931

(415)7707212489984(8020) 000001480910693 1

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

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 1 3	7 8 7 0 9 7 3 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRUNAL	SUAREZ	RODOLFO	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CL 42 1 B 65 BRR SUCRE

42. Correo electrónico: rodolfobrunal@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 7 2 0 5 2 8 1	3 1 2 3 9 4 8 6 9 0

CLASIFICACIÓN

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2022 - 01 - 27 / 12 : 54: 39

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 BRUNAL SUAREZ RODOLFO ANTONIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA MONTERIA | **DIRECCIÓN:**Calle 27 # 6-100, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** MONTERIA

TELÉFONO: 6047890113 - 6047890928 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-06-18

CC: 78709739
Nombres y apellidos: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
Fecha de nacimiento: 01/03/1972
Edad: 52 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR SENA
Fecha ingreso: 18/06/2024
Fecha salida: 18/06/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:	NO
ALTERACION DE LA AUDICION:	NO
DOLOR DE OIDOS:	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES:	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:	NO
REALIZO POLIGONO:	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):	
DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):	
NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):	
TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):	

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO:	
TIEMPO EN EL CARGO:	
NIVEL DEL RUIDO:	NORMAL
TIPO DE PROTECCION:	NO APLICA

OTOSCOPIA

SECCION 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

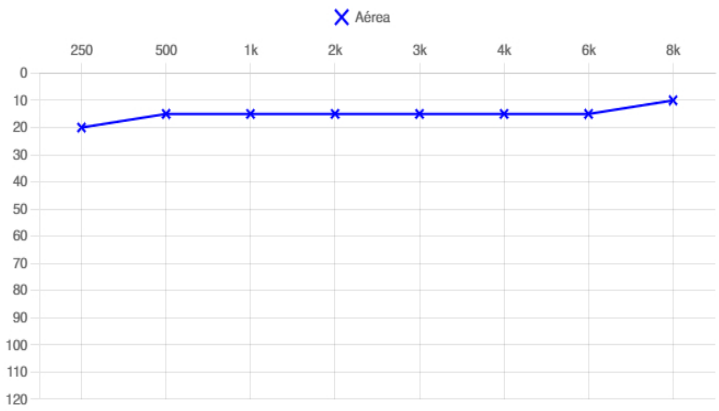
AUDIOGRAMA VIA AEREA

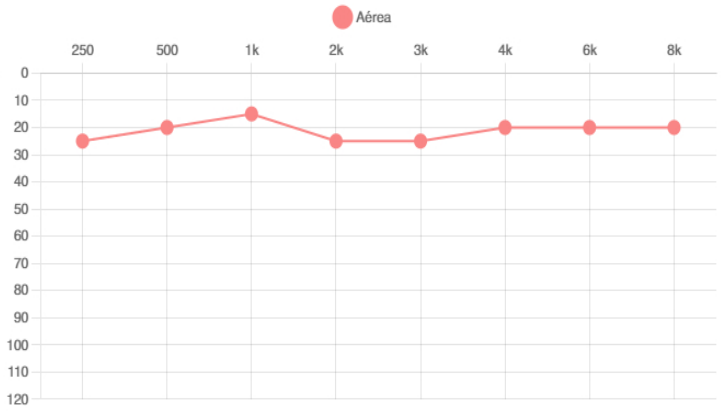
AUDIOGRAMA

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO





	250	S.R	500	S.R	1K	S.R	2K	S.R	3K	S.R	4K	S.R	6K	S.R	8K	S.R
OD	25		20		15		25		25		20		20		20	
OI	20		15		15		15		15		15		15		10	

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

NORMAL 24 DB: BILATERAL
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:
HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:
HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:
HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:
HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:
OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO

SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN
DIAGNÓSTICO 2:

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

SECCION 1

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	

M. Isabel Ricardo Gomez
Fonoaudiologa Esp. & S.T.
Lic 20223000432

MARIA ISABEL RICARDO GOMEZ
RM: 0
Firma y sello del médico

RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
CC: 78709739
Firma del paciente

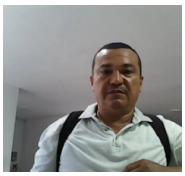
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA MONTERIA **DIRECCIÓN:**Calle 27 # 6-100, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:** MONTERIA

TELÉFONO: 6047890113 - 6047890928 **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

CC: 78709739
Nombres y apellidos: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
Fecha de nacimiento: 01/03/1972
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 18/01/2024
Fecha salida: 18/01/2024



HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

SECCIÓN 1

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	VER ANEXO	MILLONES/MM3	4.0-5.5MILLONES/MM3
HEMOGLOBINA			
HEMATOCRITO			
VCM			
HCM			
CHCM			
RDW			
LEUCOCITOS			
RECUENTO DIFERENCIAL			
GRANULOCITOS			
LINFOCITOS			
MIXTAS			
RECUENTO DIFERENCIAL MM3			
GRANULOCITOS			
LINFOCITOS			
MIXTAS			
RECUENTO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS			
ADJUNTAR			

Leidy Paola Baca Guarnizo
Bacterióloga, TP: 1.022.405.292
Pontificia Universidad Javeriana

LEIDY PAOLA BACA GUARNIZO
RM: 1022405292
Firma y sello del médico

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

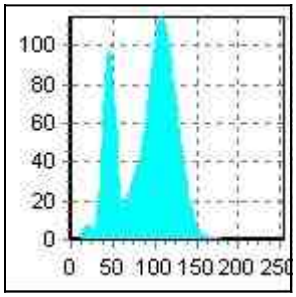
NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	18 ene. 2024 12:11:25 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714
Sede	**PRINCIPAL**		Fecha Nacimiento	01/03/1972	Página 1 de 2
Paciente	**BRUNAL SUAREZ RODOLFO ANTONIO**	Sexo M	Edad	51A 10M 17D	**Nro. De Recepción** **89690**
Identif.	CC 78709739 Teléfono		Fecha De Recepción	18 ene. 2024 09:40:54 am	
Entidad	CENTRO DE DIAGNOSTICO CENDIATRA	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	ASIGNADO NO		

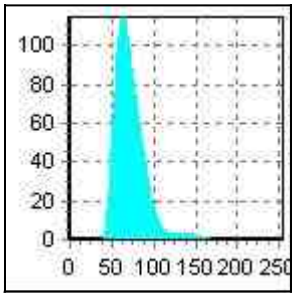
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
1 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Recuento de Leucocitos(WBC)	14,71	x10^3/uL	4,50 a 10,50
Linfocitos(#)	4,04		0,80 a 4
MXD(#)	1,25		0,20 a 1,40
Neutrofilos (#)	9,42		
Linfocitos(%)	27,5	%	25 a 45
MXD(%)	8,5	%	3 a 12
Neutrófilos(%)	64	%	45 a 70
Recuento de Eritrocitos(RBC)	5,65	x10^6/uL	3,50 a 5
Hemoglobina	17,8	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	50,8	%	36 a 52
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	89,91	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	35,04	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	35	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	15,4		11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	43,6		35 a 56
Recuento de Plaquetas(PLT)	425		150 a 400
Plaquetocrito (PCT)	0,43	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,1	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	14,6	fL	6,50 a 12

Fecha Reporte 18 ene. 2024 11:30 am

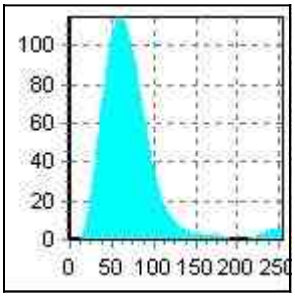
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



Dra. LAURA MACHADO DE AGUAS
Bacterióloga
TP. 1067948285

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	18 ene. 2024 12:11:25 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714	
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento 01/03/1972		Página 2 de 2
Paciente	**BRUNAL SUAREZ RODOLFO ANTONIO**		Sexo M	Edad 51A 10M 17D	**Nro. De Recepción**	**89690**
Identif.	CC 78709739 Teléfono			Fecha De Recepción	18 ene. 2024 09:40:54 am	
Entidad	CENTRO DE DIAGNOSTICO CENDIATRA		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO		

Resultados	Unidades	Valores Referencia

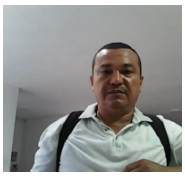
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA MONTERIA **DIRECCIÓN:**Calle 27 # 6-100, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:** MONTERIA

TELÉFONO: 6047890113 - 6047890928 **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

CC: 78709739
Nombres y apellidos: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
Fecha de nacimiento: 01/03/1972
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 18/01/2024
Fecha salida: 18/01/2024



PERFIL LIPIDICO

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL			
RESULTADO.CT	233	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL
TRIGLICERIDOS			
RESULTADO.TG	169	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL			
RESULTADO.HDL	54	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO			
RESULTADO.LDL	145.20	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL

ADJUNTAR RESULTADO

ADJUNTA FORMATO

Leidy Paola Baca Guarnizo
Bacterióloga, TP: 1.022.405.292
Pontificia Universidad Javeriana

LEIDY PAOLA BACA GUARNIZO
RM: 1022405292
Firma y sello del médico

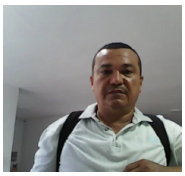
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA MONTERIA **DIRECCIÓN:**Calle 27 # 6-100, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:** MONTERIA

TELÉFONO: 6047890113 - 6047890928 **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

CC: 78709739
Nombres y apellidos: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
Fecha de nacimiento: 01/03/1972
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 18/01/2024
Fecha salida: 18/01/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	104.2	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO



LEIDY PAOLA BACA GUARNIZO
RM: 1022405292
Firma y sello del médico

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA MONTERIA	**DIRECCIÓN**	Carrera 27 Nº 6 100 Barrio Centro
TELÉFONO	7890113-7890928	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-05	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ	Identificación CC	Nro 78709739		
Fecha de Nacimiento	1972-03-01	**Edad**	50	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-05 08:58:49	**Fecha Salida**	2023-01-05 13:38:38		

EXAMENES

ENFASIS CARDIOVASCULAR	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
PSICOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	SI Observaciones: CITA EN SU EPS PARA SEGUIMIENTO DE SUS NIVELES DE LIPOPROTEINAS SERICAS.
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CARDIOVASCULAR	SI
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

LUIS EDUARDO REYES GERMAN
RM: 296937 Medellin/2015
Firma y sello del médico

RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
CC 78709739
Firma del trabajador

Cendiatra

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL

(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 05/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR/MONTERIA
NOMBRE: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
CÉDULA: 78709739
EDAD: 50 CARGO: INSTRUCTOR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.

Itay David Zapata Martínez
PSICOLOGO
C.C. 1.143.330.542
Universidad de San Buenaventura

FIRMA DEL EVALUADOR:

Licencia N° 397

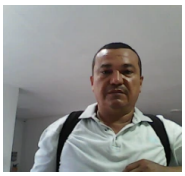
EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE: CENDIATRA MONTERIA | **DIRECCIÓN:**Calle 27 # 6-100, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** MONTERIA

TELÉFONO: 6047890113 - 6047890928 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-17

CC: 78709739
Nombres y apellidos: RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
Fecha de nacimiento: 01/03/1972
Edad: 51 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 17/01/2024
Fecha salida: 18/01/2024
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO
CIRUGÍA OCULAR:	NO
GLAUCOMA:	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO
ALERGIAS:	NO
OTROS:	NO
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	NO

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	SI	CERCA
ARDOR:	NO	
LAGRIMEO:	NO	
ENROJECIMIENTO:	NO	
PRURITO:	NO	
CEFALEA:	NO	
ASTENOPIA:	NO	
SALTO DE RENGLON:	NO	
FOTOFOBIA:	NO	
SECRECIÓN:	NO	
DOLOR OCULAR:	NO	
VISIÓN DOBLE:	NO	
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO	
MAREO:	NO	
VERTIGO:	NO	
MIODESOPSIAS:	NO	
OTROS:		

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	1 MTS.
CON CORRECCION OD:	
SIN CORRECCION OI:	1 MTS.
CON CORRECCION OI:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	SEGMENTOS EXTERNOS SANOS

OI:	SEGMENTOS EXTERNOS SANOS

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHOFORICO
CERCA:	ORTHOFORICO
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	6 CM
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NSR
OI QUERATOMETRÍA:	NSR

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	RETINA APLICADA NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	RETINA APLICADA NORMAL

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	NEUTRO
DINÁMICA:	-
CICLOPLEJÍA:	-

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:	NEUTRO
DINÁMICA:	-
CICLOPLEJÍA:	-

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:	
OI:	

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	PRESBICIA
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	SE EXPLICA CONDCION DE SALUD VISUAL SE PREESCRIBE RX OPTICA OD N-0.25X80 ADD +2.0 20/20 OZQ-N-0.25X80 ADD +2.0 20/20

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	SI
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO



MARIA DEL PILAR LUNA MORALES
RM: 0
Firma y sello del médico



RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ
CC: 78709739
Firma del paciente

Hace constar:

Que el Sr(a) RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78709739 realizó el día 15/07/2024 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 RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78709739 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.

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) RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78709739 el día 15/07/2024 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, **RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ** identificado con **CC** No. **78709739**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024 **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): 202401017222478.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de julio 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

Martes, 18 de junio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RODOLFO ANTONIO BRUNAL SUAREZ identificado(a) con CC 78709739, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09100034813	2019/02/07	ACTIVA

***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.

PÓLIZA N°
3019559

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

2 SEGURO CUMPLIMIENTO POLIZA UNICA A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
28	6	2024	EXPEDICIÓN	0			NO

TOMADOR	21247773-RODOLFO BRUNAL SUAREZ	CC	78709739
DIRECCIÓN	CL 42 1B 65, MONTERIA, CORDOBA	TELÉFONO	3157205281
ASEGURADO	818798-SENA DIRECCION REGIONAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS	NIT	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRERA 13 NO. 65-10, BOGOTA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	1

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
MONTERIA	1203	12	28	6	2024	27	6	2024	00:00	17	4	2025	00:00	294

MONEDA	TIPO CAMBIO
Pesos	1,00

CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
RODOLFO BRUNAL SUAREZ	1. CONTADO	$2.470.910,00

BENEFICIARIOS:
SENA DIRECCION REGIONAL CENTRO DE SERVICIOS F NIT: 899.999.034-1

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Vig. Desde	Vig. Hasta	Prima
1	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	2.470.910,00	SI	27/06/2024	17/04/2025	20.000,00

CUP-003-16
PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

OBJETO DE LA GARANTÍA: Garantizar el pago de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones asumidas por el contratista garantizado en virtud del CONTRATO NCO1.PCCNTR.6468365, de fecha 27 06 2024 celebrado entre las partes, relacionado con "Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociadas a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de Contabilidad de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de
la formación profesional integral, atendiendo las necesidades del Centro de Servicios Financieros"

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

28/06/2024 08:39:36

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

PRIMA	$*******20.000,00
GASTOS	$**********0,00
IVA	$********3.800,00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*******23.800,00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

EL TOMADOR C.C.N°78709739

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
1	1	COMPAYÍA DE SEGUROS		

PREVISORA SEGUROS

REFERENCIA DE PAGO No: 113045901

NOMBRE DEL TOMADOR	SUCURSAL	RAMO	No. CUOTA
RODOLFO BRUNAL SUAREZ	12	2	1

POLIZA - ENDOSO	VALOR A PAGAR $	FECHA LIMITE DE PAGO		
		DIA	MES	AÑO
3019559-0	$ 23.800	28	06	2024

COD. BANCO	NUMERO DE CHEQUE
	NUMERO DE CUENTA

COD. ASEGURADO	
21247773	La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (Artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del código del comercio).

Convenios: Bancolombia y sus corresponsales bancarios.
Banco de Bogotá
Banco Agrario convenio 13368
NOTA: No se recibe pagos mixtos, solo efectivo o cheque local
El pago en corresponsales bancarios Bancolombia es en efectivo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA PREVISORA S.A. Compañia de Seguros

CLIENTE

PREVISORA SEGUROS

REFERENCIA DE PAGO No: 113045901

NOMBRE DEL TOMADOR	SUCURSAL	RAMO	No. CUOTA
RODOLFO BRUNAL SUAREZ	12	2	1

POLIZA - ENDOSO	VALOR A PAGAR $	FORMA DE PAGO	
3019559-0	$ 23.800		☐ EFECTIVO ☐ CHEQUE

FECHA LIMITE DE PAGO			COD. BANCO	NUMERO DE CHEQUE	NUMERO DE CUENTA
DIA	MES	AÑO			
28	06	2024			

(415)7709998461284(8020)00000113045901(3900)000000023800(96)20240628

BANCO

9 90 230901 EMVCO

Redeban

JUN 28 2024 08:48:35 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
BARRIO CENTRO MONTERIA
CL 27 4 04 BRR CENTRO
C.UNICO: 3007053639 TER: XPOYZ471
RECIBO: 144089 RRN: 219013
RECAUDO APRO: 383190
CONVENIO: 47052
LA PREVISORA S A CIA
REF: 00000113045901

VALOR $ 23.800

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***