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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**81422-969180**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	19.396.533	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	lchavess@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	
IP/Nº de contacto:	16093	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7429561/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**32325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**14/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 2.453.072,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 25.143.994

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.453.072	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.453.072**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.700.572**	**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		----------	**1068592752**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 567.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.700.572,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.275.072,00	
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 - BOGOTÁ	21.977,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.431.095,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades.
2.Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas.
3.Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales.
4.Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad.
5.Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas.
6.Registrar las novedades en el sistema Sofiaplus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como la creación rutas.
7.Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas.

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

LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL
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,

HAROLD IVAN MERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G11

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/02/25 09:43:03 USUARIO: SIC - C.C. 19396533

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-01-06, 10:30:29 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL
CEDULA CIUDADANIA	CC 19396533
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068592752
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1176127860
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 232.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 223.300	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 9.400	$ 0

SubTotales:	$ 232.700	$ 0
Total a Pagar:		$ 232.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

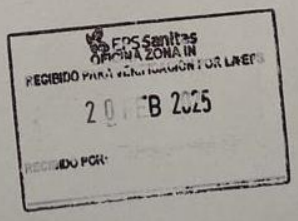
Que **Luis Alberto Chaves Sabogal** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **19396533**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19396533
NOMBRES Y APELLIDOS	Luis Alberto Chaves Sabogal
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/06/1960
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	27/05/2012
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	401 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/02/2014
NIVEL SISBEN	No aplica

EMPLEADOR(ES)*

N.I.T. 900379921 FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION RETIRO PROGRAMADO Desde 11/07/2024 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 19396533 LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL Desde 01/02/2024 - Vigente

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.



Generado por wilhernandez 20/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL** identificado(a) con **CC** número **19.396.533**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **16 de julio de 2024**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de febrero de 2025

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025021911452

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141043518721

(415)7707212489984(8020) 000014104351872 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 3 9 6 5 3 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAVES	SABOGAL	LUIS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CR 33 3 C 03 BRR SESQUICENTENARIO

42. Correo electrónico consultoria.asesoria@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 2 0 0 3 0 3	4 7 4 1	1 9 8 9 0 6 1 4	6 2 0 2 / 8 5 4 2	2 1 3 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	2	2	4	2	4	9																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
42- Obligado a llevar contabilidad
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

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 CHAVES SABOGAL LUIS ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141043518721

(415)7707212489984(8020) **000014104351872 1**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	1 9 8 9 0 6 1 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	1 9 8 9 0 6 1 4	
77. No. Matrícula mercantil	2 5 5 8 0	
78. Departamento	5 0	
79. Ciudad/Municipio	4 0	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141043518721

(415)7707212489984(8020) **000014104351872 1**

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Local o negocio 1 6	Actividades de consultoría informática y actividades de administración de in 6 2 0 2

162. Nombre del establecimiento: ELECTROCOMPUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CR 33 3 C 03

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 5 1 6 7	1 9 9 5 0 4 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 7 2 3 3 2 0	2 0 1 3 0 4 0 2

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL** identificado con **CC** No. **19396533**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501012686317.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19396533 realizó el día 19/02/2025 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 LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19396533 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) LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19396533 el día 19/02/2024 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

Certificación Bancaria

Miércoles, 19 de febrero de 2025

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Bancolombia S.A. se permite informar que LUIS ALBERTO CHAVES SABOGAL identificado(a) con CC 19396533, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	63265278346	2000-07-27	ACTIVO	

***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 a 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

RESOLUCIÓN N°: 906-2021

CALLE 26 A SUR. 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 3672990 NIT: 1047446094-9

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



PRE-OCUPACIONAL INGRESO	OCUPACIONAL PERIÓDICO	POST OCUPACIONAL O EGRESO
x		

BOGOTÁ.DC. 27 DE ENERO DEL 2023 **CONVENIO: SENA** **CARGO: INSTRUCTOR**

TRABAJADOR: CHAVES SABOGAL LUIS ALBERTO **DOCUMENTO: 19.396.533** **EDAD: 62 AÑOS** **SEXO: M**

EXAMEN REALIZADO: ***OCUPACIONAL DE INGRESO Y DE APTITUD FÍSICA PARA TRABAJAR.***

FINALIDAD DEL EXAMEN: ***ESTABLECER EL ESTADO DE SALUD DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE RIESGO A LOS CUALES ESTARA EXPUESTO.***

SEDE / ORDEN: 0163829|

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS

1.	AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN				NORMAL			PERFIL LIPIDICO	NORMAL
2.	ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				NO (DEC.421-220/20)			PSICOTEST	NORMAL
3.	OPTOMETRÍA (OPTEC-2000)				PRESBICIA E HIPEREMETROPIA			HEMOCLASIFICACION	0+
4.	GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5.	CUADRO HEMATICO				NORMAL			CARDIOVASCULAR	NORMAL
6.	F/R22 Xmin	F/C	80 min	PESO	70 kg	ESTATURA	1.75 cm	T/A	120/80mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL			*GAFAS*
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1.	APTO PARA TRABAJAR SIN RESTRICCIONES	*X*
2.	APTO CON RESTRICCIONES	
3.	NO APTO	
4.	APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

- **VALORACION POR ESPECIALISTA EN NUTRICION**
- **SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL**
- **HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACION OCUPACIONAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Edgardo Mercado Preston *Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON* *MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL* *RESOLUCIÓN N°: 906-2021* Dr. Edgardo Mercado Preston Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021	*FIRMA DEL TRABAJADOR:* *C.C:* 19.396.533	*HUELLA INDICE DERECHO*

Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON
MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN N°: 906-2021
CALLE 26 A SUR. 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 3672990 NIT: 1047446094-9

EXAMEN MÉDICO

EXAMEN PSICOMETRICO:

Paciente consciente y orientado en tiempo y espacio, buena atención, sigue indicaciones.

Adecuada presentación personal.

En el plano intelectual dentro de parámetros normales

PSICODIAGNOSTICO:

Paciente que asiste a sesión de psicometría, presenta comportamiento, buena coordinación bimanual, conducta y moderación adecuada.

EXAMEN FISICO:

Mucosas: Normal

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal

Aparato Cardiovascular: Normal

Abdomen: Normal

SNC: Sin alteraciones.

COMORBILIDAD:

Con lo descrito en la circular sanitaria 030 de mayo de 2020 el paciente no presenta ninguno de los factores de riesgo para el covid- 19. (sistema inmunitario deprimido, diabético, cáncer, hipertensión arterial, obesidad)

- **Bajo la Circular 001 del 11 de abril del 2020 y la Circular Nro. 030 del 8 de Mayo del 2020 del Ministerio de Salud, el Suscrito médico certifica:**

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO SI (X) NO ( )

Edgardo mercado preston *Dr. EDGARDO MERCADO PRESTON* *MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL* *RESOLUCIÓN N°: 906-2021* Dr. Edgardo Mercado Preston Especialista en Salud Ocupacional Resolución No. 906-2021	*FIRMA DEL TRABAJADOR:* *C.C:* 19.396.533	*HUELLA INDICE DERECHO*

HAROLD WILSON CABALLERO B.
BACTERIÓLOGO
CALLE 26 A SUR. 20-27 BARRIO OLAYA /Teléf. CM: 3672990 NIT: 901324577-7

FECHA: 27-01-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: **CHAVES SABOGAL LUIS ALBERTO**
DOCUMENT: CC/TI: **19.396.533**
EDAD: 62 AÑOS

CUADRO HEMATICO

		V.R
HEMATOCRITO	47.0	35-45%
HEMOGLOBINA	15.1	11.5-15.0g%
LEUCOCITOS	8.700	4.500-10.000xmm3
	CLASIFICACION DE LEUCOCITOS	
NEUTROFILOS	67	50-70%
LEUCOCITOS	32	20-40%
EOSINOFILOS	1	1-5%
MONOCITOS	0	1-6%
BASOFILOS		0-1%
CAYADOS		0-1%
VSG:	8	7-15 mm/h
PLAQUETAS:	279.000	150.000-450.000xmm3

PRUEBAS (QUIMICA SANGUINEA)	RESULTADOS	V.R
GLICEMIA PRE	86mg/dl	60/110mg/dl
COLESTEROL	180mg/dl	H. 200mg/dl
TRIGLICERIDOS	102mg/dl	H. 150mg/dl
COL HDL	52mg/dl	Mayor a 45 mg/dl
COL LDL	112mg/dl	Menor a 150mg/dl

Harold Wilson Caballero B.
C.C. 72.431.924
Bacteriólogo

BACTERIOLOGO

CALLE 26 A SUR # 20-27. SUR. BARRIO OLAYA/ TELEF. 3672990
E-MAIL: HAROLDCABALLERO2022C@GMAIL.com