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 ATLÁNTICO

CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO

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

Código Regional	8
Código Centro	920710
Fecha Elaboración	Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	61325-484250

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	72.431.601	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lnavas@sena.edu.co	Número de Cuenta:	47456460786
IP/Nº de contacto:	52216	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 2024	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
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:	7363313/2025	Nº Compromiso SIIF	44525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	RP INSTRUCTOR: IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE INGLÉS. RADICADO 08-9-2025-003579...PZO 2025

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	10/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	$ 47.834.914
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	$ 47.834.914
Valor Bruto Pago:		$ 2.913.023,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 44.921.891

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.023	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	$ 2.913.023	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.874.723	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		----------	7961130543
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 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%	$ 36.062.775	$ 625.000	
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	1.874.723,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.223,00	
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 - BARRANQUILLA	25.072,00	1,000%
-	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	$2.887.951,00	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Para la competencia de inglés, el instructor diseñó actividades que vinculen los nuevos conocimientos con los conocimientos previos de
Se utilizaron ejemplos relevantes y aplicables al contexto del estudiante para facilitar la comprensión y retención de la información.
Se Presentaron problemas reales o situaciones desafiantes que requieran la aplicación de conocimientos y habilidades para su resoluci
Se Incentivó al autorreflexión y la autoevaluación para que los estudiantes puedan identificar sus propias necesidades de aprendizaje
Se realizaron evidencias de desempeño, producto y de conocimiento (en algunos casos) en las que se pueden evaluar a los aprendices en
Se aplican los instrumentos de evaluación en las evidencias.
Se organizaron actividades interactivas y colaborativas utilizando herramientas de comunicación digital, como foros de discusión y vi
Se integraron las herramientas tecnológicas como aplicaciones educativas, plataformas de aprendizaje en línea y simulaciones virtuales
El instructor suele recolectar la inasistencia haciendo uso de su base de datos para inasistencias, además de hacerlo en físico, corro

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

Lester Navas E

LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA
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,

ANA ISABEL MEJIA BRUNVIG
INSTRUCTOR G17

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
DORIS ESTER DEL TORO RUIZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Bancolombia

Sucursal Virtual

19 febrero 2025 21:48:44

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1279785250

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
19 febrero 2025 21:48:44

Referencia 2
CC

Número de factura
7961130543

Referencia 3
72431601

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$413,300

Número de comprobante
TR2147085250

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 0786**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72431601
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 54# 44-145 APTO 1C	TELÉFONO:	3777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7961130543**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1279785250

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.300**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14805092464

(415)7707212489984(8020) 000001480509246 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 4 3 1 6 0 1	8	Impuestos de Barranquilla 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	7 2 4 3 1 6 0 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVAS	ESCORCIA	LESTER	MANUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 54 44 145 AP 1 C

42. Correo electrónico: lmnavas.4@gmail.com

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

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 5 1	2 0 1 0 0 1 2 7							

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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 NAVAS ESCORCIA LESTER MANUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72431601 realizó el día 18/02/2025 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 LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72431601 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.

Lester Navas E

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) LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72431601 el día 18/02/2025 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

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
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101163278**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
06	**02**	**2025**	**10**	**02**	**2025**	**00:00**	**23**	**04**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	NAVAS ESCORCIA, LESTER MANUEL		**CC: 72.431.601**
DIRECCIÓN: CRA. 14 NO.12-16	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	3012144556

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA- CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN SECCIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: CALLE 30 NO.3E-164	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO	3344861

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ORIGINADOS EN VIRTUD DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.7363313 CUYO OBJETO ES:

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE INGLES DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ACADEMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**10/02/2025**	**23/04/2026**	**$4,783,491.40**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********4,783,491.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
BARONA VILLA CIA. LTDA. ASESORES	153946	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

45-44-101163278

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
CALI	**CALI**	**45**	**45-44-101163278**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
06	**02**	**2025**	**10**	**02**	**2025**	**00:00**	**23**	**04**	**2026**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
NAVAS ESCORCIA, LESTER MANUEL	**CC: 72.431.601**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CRA. 14 NO.12-16	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3012144556

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA- CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN SECCIONAL ATLANTICO	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 30 NO.3E-164	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3344861

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
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ************33,320.00	$ ********4,783,491.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
BARONA VILLA CIA. LTDA. ASESORES	153946	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELEFONO: 6672954 - CALI

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11011640491836 (3900) 000000033320 (96) 20260210

REFERENCIA PAGO:

1101164049183-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101163278, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en CALI a los 06 días del mes de FEBRERO de 2025

45-44-101163278

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CRA 58 No. 70 – 129 CENTRO MEDICO CHICAGO CONSULTORIO 105 TEL: 3356776 – 3005425060	***CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL***	**FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN**	
		18 / 01 / 2023	
	PRO	**BARRANQUILLA**	
	Fecha 01 junio 2018	TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
	Versión 3	PRE-INGRESO ■ PERIODICO ☐ RETIRO ☐	
		POST-INCAPACIDAD ☐ OTROS ☐	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	**INSTRUCTOR**
NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)

NAVAS	ESCORCIA	LESTER MANUEL	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
			39	CC	72.431.601
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	AÑOS	TIPO	NUMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA : N/A

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL ESPACIO CONFINADO : N/A

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO : N/A

RESTRICCIONES: **N/A**

RECOMENDACIONES: EJERCICIO RECREATIVO, USO DE LENTES PARA LABORAR, CONTROL DE PESO CORPORAL, DIETA SANA

Evitar estas condiciones o funciones		Agentes o factores de riesgo		T	P
Levantamiento y transporte manual de carga ☐	Posturas forzadas ☐	Ergonómico ☐	Físico ☐		
Empuje de carga ☐	Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada ☐	Mecánico ☐	Psicolaboral ☐		
Movimientos repetitivos ☐		Eléctrico ☐	Orden público ☐		
Exposición a vibración ☐	Otra ☐	Químico ☐	Biológico ☐		

Otra Condición (escribir letra imprenta clara):

Valorar por su EPS: Otorrinolaringología ☐ Neurocirugía ☐ Ortopedia ☐ Oftalmología ☐ Optometría ☐ Cirugía ☐ Nutricionista ☐ Medicina interna ☐ Dermatología ☐ Neumología ☐	**Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:** SVE Osteomuscular ☐ SVE Conservación auditiva ☐ SVE Conservación visual ☐ SVE Prevención riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Dislipidemia ☐ Sobrepeso y Obesidad ☐ SVE Conservación Respiratoria ☐	**Especificas:** Actividad física diaria ■ Dieta Balanceada ■ Estilo vida Saludable ■ Pausas Activas ■ Uso EPP ■

Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, VISIOMETRIA, TEST PSICOLOGICO, ELECTROCARDIOGRAMA

Laboratorios Realizados: HEMOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA

Sospecha de: Secuela accidente de trabajo SI __,NO_X_ Enfermedad profesional SI__ NO_X_ Enfermedad común agravada por el trabajo SI__NO_X_
Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

Cyndy J. Contreras Pino
Médico Especialista en
Seguridad y Salud en el trabajo
Resolución: 4683 R.M 70274-13

FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.
RM. 700274-1
Lic. SS.OO.: 4683

Lester Navas E

FIRMA DEL TRABAJADOR

LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1

Fecha: 18/01/2023 SEDE: Principal

Paciente: LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA **Recepción:** 16350 **Sala:** N/A
Edad: 39 A **Sexo:** M **Identificación:** 72431601 **Fecha rcp:** 18/01/2023 8:18:28
Teléfonos: **Médico :** No Asignado
Empresa: salud ocupacional - sideso

		Resultado	Valores de referencia
Hematologia			
1	**HEMOGRAMA TIPO I**		
	A - ERITROGRAMA-		
	Hemoglobina	13.3 gr/dl	14.5 a 16.50 gr/dl
	hematocrito	40 %	31 a 43 %
	Eritrocitos	4300000 /mm³	3900 a 5100 /mm³
	promedio de volumen corpuscular (PVC)	90.9 um³	80 a 97 um³
	promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	30.2 pg	26.5 a 33.5 pg
	Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC)	33.2 gr/dl	31 a 38 gr/dl
	B - LEUCOGRAMA -		
	Recuento de Leucocitos	9300 /mm³	5.0 a 10.0 /mm³
	P.N. Neutrofilos	68 %	43 a 65 %
	Linfocitos	32 %	30 a 40 %
Quimica			
2	Colesterol total sérico	186 mg/dl	100 a 200 mg/dl
3	Glucosa sanguínea	85 mg/dl	70 a 100 mg/dl
4	Trigliceridos sérico	126 mg/dl	60 a 150 mg/dl

LABORATORIO CLINICO NEWTON
REGISTRO. BACTERIOLOGO Nº 1047

RESULTADOS EVALUACION PSICOSOCIAL - EMOCIONAL

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas y debilidades considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos	: LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA
Cédula	: 72.431.601
Edad	: 39
Fecha de Nacimiento	: 13 DE ABRIL DE 1983
Estado Civil	: CASADO
Nivel académico	: PROFESIONAL
Empresa	: SENA
Cargo en evaluación	: INSTRUCTOR
Fecha	: 18-01-22
Ciudad	: BARRANQUILLA

2. ASPECTOS RELEVANTES EN LA ENTREVISTA

El evaluado es casado y es el segundo de tres hermanos.

SIDESO SAS Especialistas en Salud Ocupacional	**RESULTADOS EVALUACION PSICOSOCIAL - EMOCIONAL**

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Durante la entrevista se mostró atento, cordial, amable,

Es práctica en la ejecución de su labor. Demuestra respeto por las normas establecidas por la organización.

Es responsable.

No se evidencian síntomas depresivos, psicóticos, antecedentes psiquiátricos personales, ni otras patologías incapacitantes tales como convulsiones, adicciones o estrés postraumático.

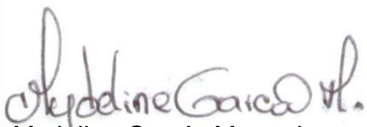
En el ítem H que mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona capaz de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen peligros externos, obtuvo un puntaje dentro de la media.

En la entrevista el evaluado destaca de su fortaleza ser asertivo.

De igual manera comenta que su debilidad es ser impaciente.

4. CONCLUSION

De acuerdo con las pruebas psicotécnicas, entrevista realizada y perfil del cargo se infiere que el señor(a) LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA, presenta un adecuado nivel de desempeño para el cargo.



Mydeline García Mercado
Psicóloga. T.P. 113916.

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS
EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
LSO: 517- 2017 NIT: 802.007.728-4
Carrera 58 No. 70- 129 Consultorio 105 Tel: 3356776
Móviles: 300 5425060 - 3014089391
E-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla - Colombia

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Cra 58 No.70-129 Telefax: 3356776 - Cel. 300 5425060
e-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla – Colombia

Fecha:	18	01	23

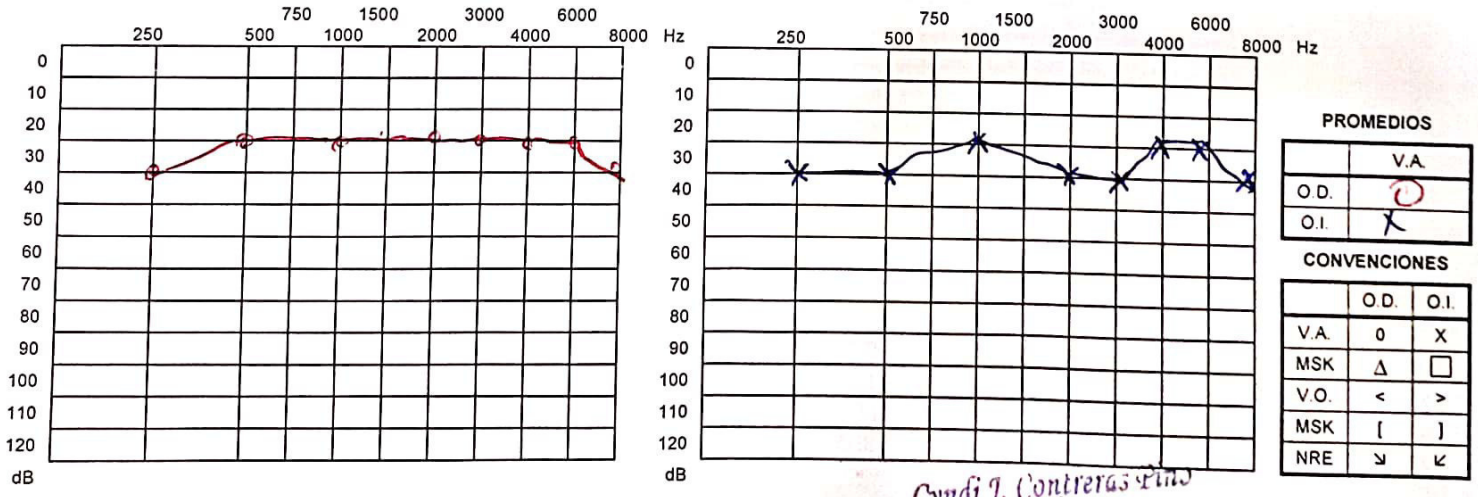
Ingreso	Periodo	Retiro
X		

1. INFORMACIÓN GENERAL

Código:			C.C.			Edad:	39	Sexo:	F	X M		
Nombres:	Jester Manuel			Apellidos:	Navas Escorcia							
Fecha de Nacimiento:				Lugar:			Procedencia:					
Dirección Residencia:							Teléfono:					
Estado Civil:	S	C	UL	V	SE	Estudios:	P	S	T	Tecnol	U	PO
Profesión:						Fecha ingreso:			Sección:			
Cargo actual:						Tiempo en el Cargo:						
Factor(s) de Riesgo:												
Se le suministran EPP Si ( ) No (X) Los usa? Si ( ) No ( ) Lo Capacitaron? Si ( ) No ( )												
Antecedentes de exposición a ruido industrial: SI_____ NO__X__												
Duración Exposición (años)												
Servicio Militar:												
Pasatiempo relacionados con ruido: SI_____ NO__X__ CUAL:_____												
Antecedentes Otológicos: SI_____ NO__X__												
Hipoacusia ( ) Acufenos ( ) Otorrea ( ) Mareos ( )						Acufenos ( ) Otalgia ( ) Vértigo ( ) Otros:_____						
Observaciones:_____												

DX:
O.D. Normal **O.I.** Normal

AUDIOMETRIA:



PROMEDIOS

	V.A.
O.D.	0
O.I.	X

CONVENCIONES

	O.D.	O.I.
V.A.	0	X
MSK	Δ	□
V.O.	<	>
MSK	[	]
NRE	↘	↙

Jester Navas E
Firma y CC del Examinado 72437607

Cyndi J. Contreras Pino
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución: 4683 R.M 70274-13
Firma Médico Esp. S.O - Lic.

Powered by CamScanner

S.I.D.E.S.O.

VISIOMETRÍA OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Cra 58 No.70-129 Telefax: 3687760 -Cel: 300 5425060
e-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla – Colombia

Fecha:	18	01	23

Ingreso	Periodo	Retiro

INFORMACIÓN GENERAL

Código:	5644	C.C.		Edad:	39	Sexo:	F	M				
Nombres:	Jester Manuel		Apellidos:	Navas Escorcia								
Fecha de Nacimiento:		Lugar:		Procedencia.								
Dirección Residencia:				Teléfono:								
Estado Civil:	S	C	UL	V	SE	Estudios:	P	S	T	Tecnol	U	PO
Profesión:		Fecha ingreso:		Sección:								
Cargo actual:		Tiempo en el Cargo:										
Factor(s) de Riesgo:												

Se le suministran EPP Si ( ) No (X) Los usa? Si ( ) No ( ) Lo Capacitaron? Si ( ) No ( )

SIN LENTES		CON LENTES	
VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (20 PIES)	VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (14 PIES)
AV. O.D. 20/30	O.D. 20/30	O.D. _____	O.D. _____
O.I. 20/30	O.I. 20/20	O.I. _____	O.I. _____
A.O. 20/30	A.O. 20/30	A.O. _____	A.O. _____

PROFUNDIDAD SI X NO_____

COLOR: O.D. SI X NO_____
O.I. SI X NO_____

FORIA I
SI_____ NO_____

FORIA II
SI_____ NO_____

CAMPO VISUAL.
O.D. SI_____ NO_____ 85_____ 70_____ 55_____ 45_____
O.I. SI_____ NO_____ 85_____ 70_____ 55_____ 45_____

ANTECEDENTES PERSONALES

USA ANTEOJOS SI_____ NO / DURANTE QUE TIEMPO?_____

USA LENTES DE CONTACTO SI_____ NO X DURANTE QUE TIEMPO?_____

DEFECTO DE REFRACCIÓN. DE CERCA_____ DE LEJOS _____

CIRUGIAS: SI_____ NO X CUAL?_____

ACCIDENTES EN LOS OJOS:_____

FECHA ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

PROBLEMAS DE VISIÓN SI_____ NO X
USAN ANTEOJOS SI_____ NO X PARENTESCO _____
USAN LENTES DE CONTACTO SI_____ NO X

EXAMEN FÍSICO

ESTRABISMO _____ NISTAGMOS _____ PTOSIS PALPERAL _____

OBSERVACIONES, RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Emétropes.

Jester Navas E
Firma y CC del Examinado

Cyndi J. Contreras (Fins)
Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Reg. ... 4683 R.M. 73-...-13
Firma Profesional y Lic.

Powered by CamScanner

VIGILADO Supersalud

Fecha Nac.:	13 03 1983
Edad:	39 Y
Sexo:	masculino
Altura:	-.- cm
Peso:	- - kg
PA:	- / - mmHg

Med:
Notas:

FC 77 /Min

Ejes

P	68
QRS	59 °
T	29 °

Intervalos

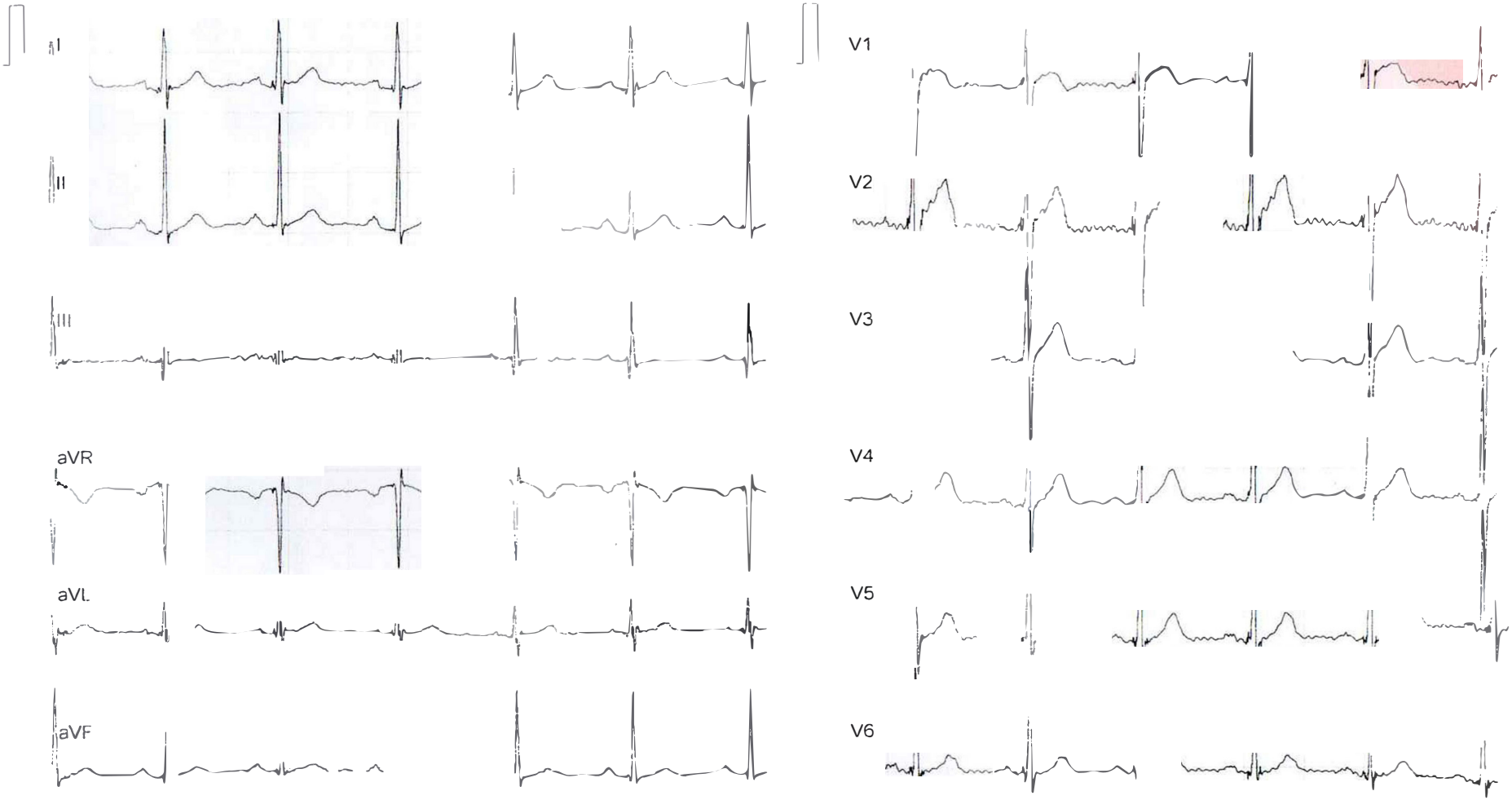
RR	774 ms
P	170 ms
PQ	174 ms
QRS	100 ms
QT	352 ms
QTc	400 ms

Interpretación
SENA

Nombre Pac. Lester Navas

Nº Pac. 72431601

18-01-2023 12:39:0



25 mm/s 10,0 mm/mV

SEMA-200 2.50 .611 05731 (AT-101 132)

Certificado Bancario

Jueves, 30 de enero de 2025

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA identificado(a) con CC 72431601, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	47456460786	2010/02/09	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.

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, **LESTER MANUEL NAVAS ESCORCIA** identificado con **CC** No. **72431601**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **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): 202501012711111.

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