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 ANTIOQUIA

CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**950310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**44129-707321**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.110.446.928	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	daserrano@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	31604984630
IP/Nº de contacto:		**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?	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:	7500847/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**46325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	5_9503_387 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES VIRTUALES, ASIGNADOS DESDE LA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**17/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 46.148.427
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.148.427
Valor Bruto Pago:	**$ 1.839.805,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.308.622

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.839.805	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	**$ 1.839.805**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 911.324**	**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		----------	**9480688479**
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	III	$ 34.700	$ 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		$ 183.981	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 304.000	
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	911.324,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.839.805,00	
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 - 8560 - RIONEGRO	14.718,00	0,800%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Jaime Isaza Cadavid	7.359,00	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	**$1.817.728,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver anexo informe de actividades correspondientes al mes de febrer que se encuentra en el proceso registrado en Secop ll vigencia 2025

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

DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA
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,

GLORIA MARCELA GIRALDO FRANCO
INSTRUCTOR G18

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
ERIKA MARIA PINEDA HOYOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

26/02/25 08:43:10 USUARIO: SIC - C.C. 1110446928

IBAGUE, Febrero 21 de 2025

Señor:
SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO
CC. 1110446928
MZ 68 CA 5 JORDAN 8 ET AP 202 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 10 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO	1110446928	C	May-10-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SERRANO HENAO JORGE ANIBAL	14239365	C	Jul-10-2019	52	26	PADRES	VIGENTE			Ninguna
SIERRA MEDINA ELIZABETH	38236571	C	Jul-10-2019	52	26	PADRES	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA	1110446928	Trabajador Independiente	CERRADO
DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA	1110446928	Trabajador Independiente	VIGENTE
COMPLEMENTOS HUMANOS S A	1110446928	Dependiente	CERRADO
DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA	1110446928	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
FORUS COLOMBIA SA	1110446928	Dependiente	CERRADO
GALAXY TEMPORAL SAS	1110446928	Dependiente	CERRADO
JIRO SA	1110446928	Dependiente	CERRADO
JIRO SA	1110446928	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.446.928**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157938385

(415)7707212489984(8020) 000014115793838 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 4 6 9 2 8	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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 1 1 0 4 4 6 9 2 8	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SERRANO	SIERRA	DIEGO	ARMANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
MZ 68 CA 5 AP 202 BRR JORDAN ET 8

42. Correo electrónico diserr.diego@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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

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

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:

DIEGO SERRANO

984. Nombre SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

I.P.S. SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SORE S.A.S.
NIT. 900.421.821-1 / RÉGIMEN COMÚN
AV. FERROCARRIL No. 41-46 Tels.: 2647277
2701329 / Cel.: 310-8713746 Ibagué, Tolima
saludocupacionalsore@yahoo.com / www.soresaludocupacional.com

Resolución Secretaría de Salud del Tolima No 3088 del 27 de Oct. 2017

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PACIENTE PARTICULAR				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
730001			Ibagué	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO	CC 1110446928	37 AÑOS	MASCULINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Ibagué	Ibagué	SOLTERO (A)

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3212157110	JORDAN	3212157110

Correo Electrónico

diserr.diego@gmail.com

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha
INSTRUCTOR	2024-01-17

Lugar de realización examen Ibagué

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Concepto

APTO PARA EL CARGO // CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO

Motivo

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **OPTOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **PSICOTECNICA:** SE REALIZA
- **AUDIOMETRIA:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (AUDIOMETRIA)
Control Auditivo En 1 Año/
Reposo Auditivo Extralaboral/
VALORACION COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)
Control Periodico/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
CONDUCTAS - GENERALES (ocupacion laboral)
Ninguna/
MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Esté Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/
OTRAS RECOMENDACIONES
Enfasis Musculo Esqueletico-Cardiovascular/
VALORACION COMPLEMENTARIA (PSICOLOGIA)
Normal/

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	CARDIOVASCULAR, OSTEOMUSCULAR
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	BIOMECANICO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	OPTOMETRIA
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

Dr. Christian E. Cáceres Orjuela
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
Y RIESGOS PROFESIONALES
Res:N°419-2016 / C.C.11686150

CACERES ORJUELA CHRISTIAN EDWIN
11686150
RM. 419 S.S.T. RES. N° 2363

Signatory Name

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

I. DATOS PERSONALES

Nombre: DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA EDAD: 37 AÑOS
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR VIRTUAL AGROINDUSTRIAL
Nivel de Estudio: UNIVERSIDAD
Instrumentos aplicados: VALANTI Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA INTEGRAL PARA ADULTOS
Examinador: LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO

EVALUACIÒN NEUROCOGNITIVA

FECHA DE ADMINISTRACIÒN 17-01-2024 PRUEBAS ADMINISTRADAS: Atención, Memoria, Gnosis, Praxias, Lenguaje y Pensamiento

ATENCIÒN

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE FUNCIÓN: Normal

MEMORIA

PRODUCCION DEL PACIENTE: Dos figuras erradas respetando forma y tamaño sin dificultades. En caso de fallar en una figura corrige espontáneamente o con facilitación del examinador.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

GNOSIAS

PRODUCCION DEL PACIENTE: Reconoce correctamente los estímulos en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PRAXIAS

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Movimientos correctos y adecuados a los solicitados, en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

LENGUAJE

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea en tiempo y forma.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PENSAMIENTO

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Respuestas adecuadas del tipo de pensamiento lógico- Abstracta
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

INFORME NEUROCOGNITIVO FINAL: SE PUEDE CONCLUIR DE LAS PRUEBAS REALIZADAS QUE EL SR DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA NO PRESENTA ALTERACIONES. NIEGA USAR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

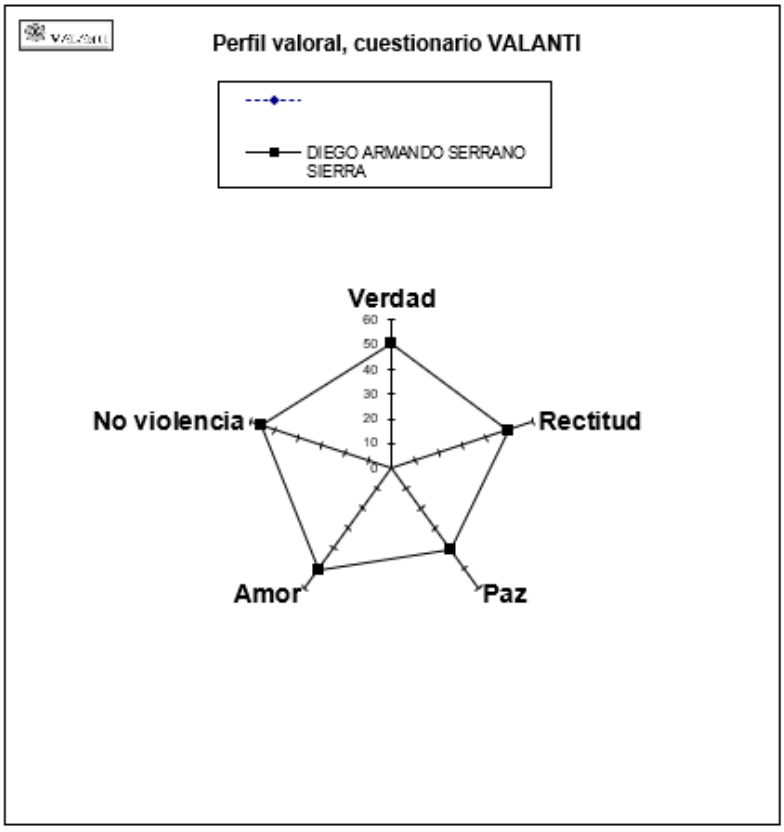
DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO INSTRUCTOR VIRTUAL AGROINDUSTRIAL

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Nombre:	DIEGO ARMANDO SER		
Edad:	37	Sexo:	M
Cargo:	INST. VIRTUAL AGROIN		
Estudios	UNIVERSIDAD		

1	2	1	17-ene-24
2	1	2	
3	3	0	
4	2	1	
5	2	1	
6	2	1	
7	2	1	
8	2	1	
9	2	1	
10	3	0	
11	2	1	
12	1	2	
13	3	0	
14	1	2	
15	2	1	
16	1	2	
17	1	2	
18	3	0	
19	1	2	
20	1	2	
21	1	2	
22	1	2	
23	3	0	
24	0	3	
25	0	3	
26	3	0	
27	1	2	
28	3	0	
29	2	1	
30	2	1	

Valor	Verdad	Rectitud	Paz	Amor	No
Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730)	15,65	21,05	17,35	16,68	21,22
Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730)	4,70	4,44	6,61	5,41	7,19
Puntajes directos	16	21	11	17	25
ARMANDO SERRANO SIERRA	51	50	40	51	55
Interpretación del puntaje estándar	Promedio	Promedio	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto
	****	****	***	****	*****
Distancia con la Organización	51	50	40	51	55



LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

Valora la no violencia un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO INSTRUCTOR VIRTUAL AGROINDUSTRIAL

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS
NIT: 900421821-1
DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La Macarena parte baja
TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329

Nombre Paciente:	SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO	**Lugar Residencia:**	Ibagué (Urbano)
No. Documento:	CC 1110446928	**Telefono:**	3212157110
Fecha de Nacimiento:	06/15/1986	**Telefono Celular:**	3212157110
Edad:	37 AÑOS	**Correo Electronico:**	diserr.diego@gmail.com
Fecha:	2024-01-17 08:52	**Estado Civil:**	SOLTERO (A)
Lugar de Nacimiento:	Ibagué	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	JORDAN	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PACIENTE PARTICULAR
Genero:	Masculino	**Plan:**	PARTICULAR
Grado Institución:	PROFESIONAL		
Grupo Etnico	SIN GRUPO ETNICO	**Pension**	PORVENIR S.A.
Tipo Sangre:	O+	**Riesgos Laborales:**	POSITIVA
Cargo:	INSTRUCTOR	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	**Programa:**	
Lugar de realización	Ibagué	**EPS:**	CAFESALUD



OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

1. ANAMNESIS

USA CORRECCION OPTICA: SI ; **CUAL:** GAFAS, ; **TIPO USO:** PERMANENTE, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** 10 MESES

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: NO ; **CIRUGIAS O TRAUMAS OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: SI

2. LENSOMETRÍA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

3. AGUDEZA VISUAL

OJO DERECHO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/70, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/25, ; **CON CORRECCION (LEJOS):** 20/20, ; **CON CORRECCION (CERCA):** 20/20,

OJO IZQUIERDO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/100, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/25, ; **CON CORRECCION (LEJOS):** 20/20, ; **CON CORRECCION (CERCA):** 20/20,

AMBOS OJOS

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/70, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20, ; **CON CORRECCION (LEJOS):** 20/20, ; **CON CORRECCION (CERCA):** 20/20,

4. EXAMEN EXTERNO

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

5. EXAMEN MOTOR

COVER TEST

LEJOS: ORTOFORIA ; **CERCA:** EXOFORIA

DUCCIONES

TEST DE HIRSCHBERG

6. ESTADO REFRACTIVO

DERECHO

ESFERA: -250 ; **CILINDRO:** -100 ; **EJE:** 175 ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

IZQUIERDO

ESFERA: -300 ; **CILINDRO:** -075 ; **EJE:** 0 ; **AGUDEZA VISUAL:** 20/20,

(SUBJETIVO) DERECHO

ESFERA: -250 ; **CILINDRO:** -100 ; **EJE:** 175 ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

ESFERA: -300 ; **CILINDRO:** -075 ; **EJE:** 0 ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 20/20

7. OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: MEDIA NORMAL

OJO IZQUIERDO: MEDIA NORMAL

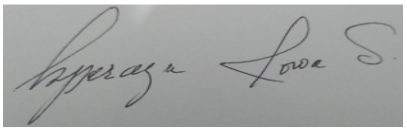
8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 100,

9. VISIÓN CROMÁTICA

TEST ISHIHARA: ANORMAL, ; **OBSERVACIONES:** ALTERACION A COLORES SEGUNDARIOS

DIAGNÓSTICO
OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO: MIOPIA (H521) 2024-01-17 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL DEFICIENCIAS DE LA VISION CROMATICA (H535) 2024-01-17 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL ALTERACION A COLORES SEGUNDARIOS
CONDUCTA A SEGUIR
CORRECCION OPTICA: SI, ; **.:** PERMANENTE,
REMISION
REMISION: NO,
RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: CONTROL PERIODICO **OPTOMETRIA_RECOMENDACIONES:** CONTROL PERIODICO



NOVOA SERRANO ESPERANZA
CC 41792249
RES. N° 6031 RES. N° S.O. N° 12791



FIRMA DEL TRABAJADOR

FICHA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS

NIT: 900421821-1
DIRECCIÓN: Avenida Ferrocarril N°41-46 B/ La
TELÉFONO: 6082647277 - 6082701329



Nombre Paciente:	SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO	**Lugar Residencia:**	Ibagué (Urbano)
No. Documento:	CC 1110446928	**Telefono:**	3212157110
Fecha de Nacimiento:	06/15/1986	**Telefono Celular:**	3212157110
Edad:	37 AÑOS	**Correo Electronico:**	diserr.diego@gmail.com
Fecha:	2024-01-17 08:36	**Estado Civil:**	SOLTERO (A)
Lugar de Nacimiento:	Ibagué	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	JORDAN	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	PACIENTE PARTICULAR
Genero:	Masculino	**Plan:**	PARTICULAR
Grupo Etnico	SIN GRUPO ETNICO		
Grado Institución:	PROFESIONAL	**Pension**	PORVENIR S.A.
Tipo Sangre:	O+	**Riesgos Laborales:**	POSITIVA
Cargo:	INSTRUCTOR	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	**Programa:**	
Lugar de realización	Ibagué	**EPS:**	CAFESALUD

AUDIOMETRIA

ANTECEDENTES

MENINGITIS: NO ; **ACUFENOS:** NO ; **SARAMPION:** NO

EXPOSICION A EXPLOSIONES: NO ; **ALERGIAS RESPIRATORIAS:** NO ; **VERTIGO:** NO

CIRUGIA DE OIDO: NO ; **PAROTIDITIS:** NO ; **OTITIS:** NO

OTALGIA: NO ; **RUBEOLA:** NO ; **AMIGDALECTOMIA:** NO

DROGAS OTOTOXICAS: NO ; **SORDERA FAMILIAR:** NO ; **TUBERCULOSIS:** NO

TRAUMA CRANEOENCEFALICO: NO ; **HIPERTENSION:** NO ; **VARICELA:** NO

TRAUMA ACUSTICO: NO ; **DIABETES:** NO ; **PARALISIS FACIAL:** NO

OBSERVACIONES: NR

EXPOSICION A RUIDO

TRABAJO CON MAQUINARIA: NO ; **MUSICA AUDIFONOS:** SI

TEJO: NO ; **CAZA:** NO

USA MOTO: NO ; **SERVICIO MILITAR:** NO

DISCOTECA: NO ; **ESPECTACULOS RUIDOSOS:** SI ; **OTROS:** NO

OBSERVACIONES: NR

OTOSCOPIA:

PABELLON AURICULAR OD: NORMAL, ; **PABELLON AURICULAR OI:** NORMAL,

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OI: Normal, ; **CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO OD:** Normal,

TAPON DE CERUMEN OD: NO ; **TAPON DE CERUMEN OI:** NO

MEMBRANA TIMPANICA OD: Normal, ; **MEMBRANA TIMPANICA OI:** Normal,

OBSERVACIONES: NR

HISTORIA OCUPACIONAL:

PROTECCION AUDITIVA 1: NO

PROTECCION AUDITIVA 2: NO

OBSERVACIONES: NR

CLASIFICACIÓN LARSEN:

RESULTADO

NORMAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO EN 1 AÑO

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

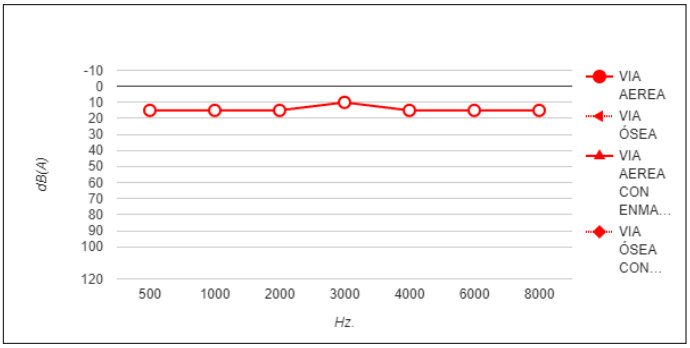
DIAGNÓSTICOS			
Diagnóstico:	(Z011) EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	**Lateralidad:**	BILATERAL

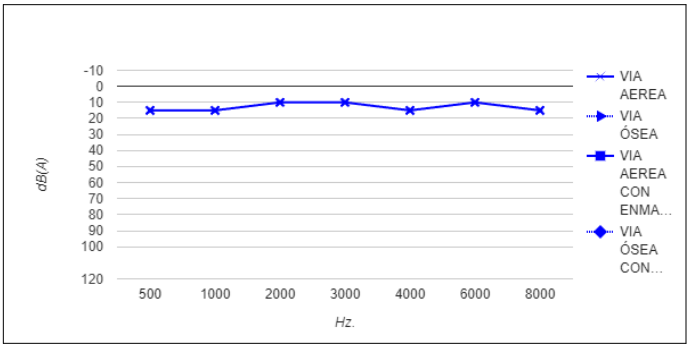
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	15	15	15	10	15	15	15
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

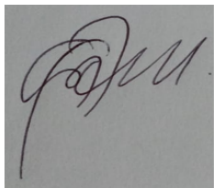
	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VIA AEREA	15	15	10	10	15	10	15
VIA ÓSEA							
VIA AEREA CON							
VIA ÓSEA CON							

Factor de Presbiacusia:	8
Promedio Tonal Auditivo OD:	15.0
Escala E.L.I. Oido Derecho:	A (EXCELENTE)
Gatiso Oido Derecho:	13.75
SAL:	A

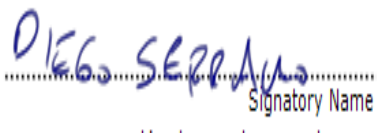
Factor de Presbiacusia:	8
Promedio Tonal Auditivo OI:	13.3
Escala E.L.I. Oido Izquierdo:	A (EXCELENTE)
Gatiso Oido Izquierdo:	12.50
SAL:	A







ALDANA MOLINA IRIAN NAYIVE
CC 65696356
RESOLUCION N° 1360



FIRMA DEL TRABAJADOR

02733077

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO
Historia : 1110446928
Identificación : 1110446928
Edad/Sexo : 37 / M
Telefono : 52
Remisión : 02733077

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2024-01-17 07:11:56
Fecha Impresión : 2024-01-17 11:09:19.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa			
-			
Glucosa	**84.51**	mg/dl	70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL			
Técnica:Colorimetrica			
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:53			
Triglicéridos			
Trigliceridos	**147**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
Técnica:Colorimetrica enzimatica			
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:53			
Colesterol Total			
Colesterol	**295.8**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Técnica: Colorimetrica Enzimática			
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:53			

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02733077

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

02733077

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO
Historia : 1110446928
Identificación : 1110446928
Edad/Sexo : 37 / M
Telefono : 52
Remisión : 02733077

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2024-01-17 07:11:56
Fecha Impresión : 2024-01-17 11:09:19.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**54.14**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:53			
Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**212.26**	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:54			
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**29.40**	mg/dl	5 - 40
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:54			
Indice Arterial			
Indice Arterial	**5.5**		Hasta 5
Fecha / Hora Validado : 2024-01-17 / 10:54			

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02733077

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

02733077

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

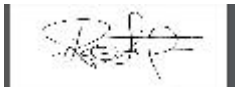
Paciente : SERRANO SIERRA DIEGO ARMANDO
Historia : 1110446928
Identificación : 1110446928
Edad/Sexo : 37 / M
Telefono : 52
Remisión : 02733077

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SALUD OCUPACIONAL REGION
Fecha Recepción: 2024-01-17 07:11:56
Fecha Impresión : 2024-01-17 11:09:19.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Validado por:



PAOLA ANDREA ISAZA PENAGOS
BACTERIOLOGA
1037627693

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02733077

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110446928 realizó el día 21/02/2025 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 DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110446928 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.

DIEGO SERRANO

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) DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110446928 el día 21/02/2025 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

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, **DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA** identificado con **CC** No. **1110446928**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 18/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **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): 202501012775180.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 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

Certificación Bancaria

Viernes, 21 de febrero de 2025

Servicio Nacional De Aprendizaje SENA

Bancolombia S.A. se permite informar que DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA identificado(a) con CC 1110446928, 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 / A la mano	31604984630	2019-12-09	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.

Bancolombia

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

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Decimocuarta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2024
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2024

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5101772951

PÓLIZA No: 510 - 47 - 994000026521 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **RIONEGRO** COD. AGENCIA: 510 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	17	02	2025

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	17	02	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **DIEGO ARMANDO SERRANO SIERRA** IDENTIFICACIÓN: CC **1110.446.928**

DIRECCIÓN: MZ 68 CA 5 JORDAN VIII 5 IBAGUE JORDAN VIII ET CIUDAD: IBAGUÉ, TOLIMA TELÉFONO: 3212157110

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	17/02/2025	19/04/2026	4,614,842.70

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL ANTIOQUIA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO N° CO1PCCNTR7500847 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES VIRTUALES, ASIGNADOS DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE CENTRO Y LA COORDINACIÓN ACADÉMICA, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,614,842.70	$ **********30,000	$****11,000.00	$ ********7,790	$ **********48,790

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AGENCIA DE SEGUROS ORIENTE LTDA	10562	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDEDIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/wa_digitalclient/#/login

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR,ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN : HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA SE PUEDEN DESCARGAR DE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. ASEGURADORA SOLIDARIA PENSANDO EN SU TRANQUILIDAD, LO INVITA A VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A NUESTRA PÁGINA WEB WWW.SOLIDARIA.COM.CO EN LA OPCIÓN SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000510177295

DIEGO SERRANO
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBD920790808FE775A

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna *** Celular:** 310 223 4304 *** Correo electrónico:** martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 791 91 80 *** Fax:** (601) 791 91 80 *** Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA