

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAUCA		Código Regional	19
			Código Centro	930710
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA			ID de Proceso	52855-435949
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ Correo electrónico contratista: jninoor@sena.edu.co		C.C. 76.316.652	IP/N° de contacto 00000	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☐ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☐ Es declarante de renta? ☐ NO ☐ Es Pensionado? ☐ NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO ☐ Inducción SST ☐ SI ☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI				
Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 520430992				
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO ☐ Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO				
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1841123/2020		N° Compromiso SIIF 129520		
Valor Total del Contrato \$ 11.593.333	N° Pago 1	Periodo objeto de pago Del 16/09/2020 Al 30/09/2020		Valor Bruto Pago \$ 1.850.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 11.593.333		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 9.743.333				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 1.850.000 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.850.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.199.775	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Rete Fuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente 1.199.775,00 Valor Base retención en la fuente ICA 1.599.700,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 300 3.199,00 0,200% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$ 1.846.801,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803	Septiembre	Agosto		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800	Septiembre	Agosto		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 140.500	Septiembre	Agosto		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	Septiembre	Agosto		
ARL \$ 4.600	Septiembre	Agosto		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	Septiembre	Agosto		
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	Septiembre	Agosto		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	Septiembre	Agosto		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	Septiembre	Agosto		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Septiembre	Agosto		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Septiembre	Agosto		
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Septiembre	Agosto		
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ -	Septiembre	Agosto		
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	Septiembre	Agosto		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 399.925	Septiembre	Agosto		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	Septiembre	Agosto		
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Formación en ficha N° 2143090,Competencia:35325 Resultados:436552 Desde el 07 de Septiembre 20 Horas Reporte Sofía Formación en ficha N° 1974963,Competencia:35325 Resultados:436552 Desde el 08 de Septiembre 24 Horas Reporte Sofía Formación en ficha N° 2065824,Competencia:38676 Resultados:559657 Desde el 09 de Septiembre 18 Horas Reporte Sofía Formación en ficha N° 2144692,Competencia:2900 Resultados:277116 Desde el 09 de Septiembre 20 Horas Reporte Sofía Formación en ficha N° 2143093,Competencia:37371 Resultados:559698 Desde el 10 de Septiembre 15 Horas Reporte Sofía Formación en ficha N° 2144705,Competencia:2900 Resultados:277116,Desde el 12 de Septiembre 18 Horas Reporte Sofía				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ 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 periodo 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,	
			HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR COORDINADOR ACADÉMICO	
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				
FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800
SUBTOTALES:										\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000
SUBTOTALES:													\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 7.800	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800
SUBTOTALES:									\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APOORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE					DÍAS COT	ADMIN
1	CC 76316652	NINO ORDOÑEZ JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.480.000			NO																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.480.000	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 236.800	ESSC18 - EMSSANA R S.A.S.	30	\$ 1.480.000	\$ 185.000	\$ 0	\$ 185.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.480.000	\$ 76316652	\$ 7.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 429.600
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8918795405

DV: 376135

Cajero:

BELOBENA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 04/09/2020 08:53:01

PS Recaudador:
991344 POPAYAN TIENDAS OLIMPICA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 76316652

Nombre:	JOSE
Apellido 1:	RAFAEL
Apellido 2:	NINO
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3104087642
Codigo Planilla:	4350215059
Periodo Pago:	2020/08
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia	Valor
76316652	\$429.600,00

Valor recibido:	\$429.600,00
Forma de pago:	EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1)

6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14545224911



(415)7707212489984(8020) 000001454522491 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 6 3 1 6 6 5 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

7 6 3 1 6 6 5 2

27. Fecha expedición

1 9 9 1 0 5 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cauca

1 9

30. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

31. Primer apellido

NIÑO

32. Segundo apellido

ORDEÑEZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cauca

40. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

41. Dirección principal

CL 22 6 A 30 BRR CIUDAD JARDIN

42. Correo electrónico

jr_rafael630@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 4 0 8 7 6 4 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 5 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

DOCUMENTO

COPIA SIN VALOR

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 28

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DELGADO FERNANDEZ ALEJANDRO

985. Cargo Gestor II



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauc
al servicio del trabajador y su familia

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA
COMFACAUCA IPS
Calle 2 Carrera 10 Esquina
PBX 8206860

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Fecha del certificado: 03 - Febrero - 2020
Certificado para: Ingreso X Reintegro Reubicación
Trabajo en alturas Manipulación de alimentos

1. Datos de identificación del aspirante:

Nombres: Jose Rafael Apellidos: Niño Ordoñez
Cédula de ciudadanía N°: 76316652 de
Sexo: Femenino: Masculino: ✓ Edad: 49 años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: Instructor

2. Concepto

El servicio médico ocupacional con el Doctor **OSWALDO IMBACHI**, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Existen Restricciones que limitan su trabajo normal SI NO ✓ Aplazado
Motivo del aplazamiento:

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

Para el trabajador:

- (1) Cido anual con optémetra
(2) Usar gafas de aumento de manera permanente
(3) Bajar 12 kilos de peso (4) Practicar estilos de vida saludables

Para el área de trabajo:

- En el trabajo: (1) Hacer pausas activas
(2) Higiene postural (3) Cuidados de la voz

4. Restricciones Médicas Ocupacionales:

Sin restricciones.
Puede laborar sin problemas algunos

5. Condiciones Médicas Ocupacionales

Uso de gafas de aumento de manera permanente

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. N°

Dr. José Oswaldo Imbachi
Médico Ocupacional
R.M. 867190
L.S.O. 048-010

Firma Aspirante al Cargo

C.C. 76316652 por



Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra

Ficha de Evaluacion Ocupacional



Fecha: 03-feb.-20 Nombre: Jose Rafael Niño Ordoñez ID: 76316652 Edad: 49 ☒ Sexo Tel: 3104087642

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructor

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☒ Gafa ☒ VL ☒ VP

Tipo de gafa que usa: último control : Más de 1 año

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av VI ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

Ocupacionales

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☒ AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O: 20/20 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL: Orto

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☒ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 50 Seg VB Foria VP:

Rx OD: Sin cambios Rx OI: Sin cambios Av OI: Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada:

Presión Intra Ocular:

PIO OD: OK PIO OI: OK Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Miopía, Presbicie Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluated Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Usa OD N Add 1.00; OI -0,50 Add 1.50. Sereceomeinda el uso del agafa



I. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: 03-02-2020 Empresa: SENA Ciudad: Popayan
Nombres y Apellidos: José Rafael Niño Ordóñez Edad: 49
No. Cédula: 76.316.652 Sexo: M Cargo: Instructor

II. TIPO DE EVALUACIÓN

De Ingreso: ☐ De Control: ☒ De Egreso: ☐

III. HISTORIA AUDIOMETRICA

Familiares con pérdida auditiva: ☒ Si ☒ No Parentesco: _____
Exposición a explosiones: ☒ Si ☒ No Tipo de explosión: _____
Ingestión de medicamentos que producen ototoxicidad: ☒ Si ☒ NoCuál? _____

Cirugías:

☐ Oídos ☐ Cabeza
☐ Garganta ☐ Otra
☐ Nariz

Enfermedades:

☐ Diabetes ☐ Sarampión ☐ Otitis Media ☒ Otra
☐ Rubeola ☐ Varicela ☐ Parálisis facial
☐ Paperas ☐ Parotiditis ☐ Tuberculosis
☐ Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento

Cual? Gastritis

Actividades Extralaborales:

Actividad	Moto	Servicio Militar	Caza/tiro	Música con audífonos
Tiempo de exposición	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>

VI. INFORMACIÓN LABORAL

Niveles de Presión sonora (NPS) _____ Trabaja expuesto a ruido: ☒ Si ☒ No Antigüedad: _____

Protección Auditiva Actual:

☐ Espuma ☐ Orejeras
☐ Silicona ☐ Plástico
☐ Otra ☐ Ninguna

Cual? _____

Usa protección auditiva:

☐ Siempre ☐ Ocasional ☐ Nunca

Por que?

Ha laborado en otras empresas Con exposición al ruido:

☒ Si ☒ No

Empresa: _____

Tiempo de exposición: _____

Utilizaba protección auditiva: ☒ Si ☒ No

Tipo de protección: _____

Tiempo total de exposición al ruido: _____

V. INFORMACIÓN AUDIOLOGICA

Audiometrías anteriores:

☒ No

Hace cuanto?

3 años

Resultado:

Normal

Alterado

Presento problemas auditivos:

☒ Si

Especifique:

Síntomas actuales:

☐ Tinnitus

☐ Vértigo

☐ Prurito

☐ Otolgia

☐ Supuración

☐ Mareo

Disminución auditiva:

☐ Súbita

☐ Progresiva

☐ Hace cuánto:

VI. OTOSCOPIA

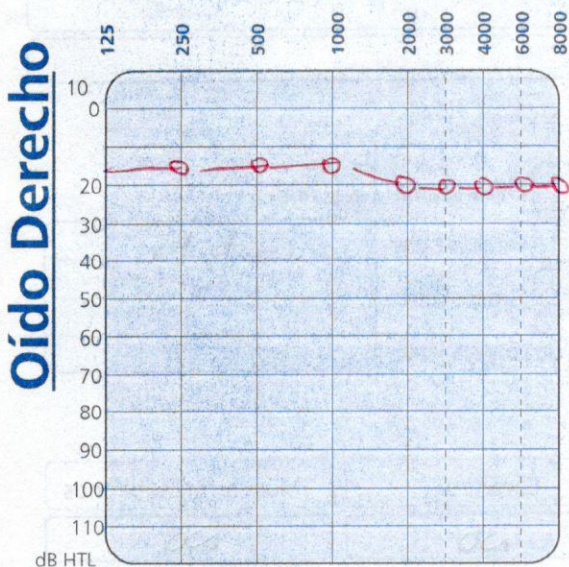
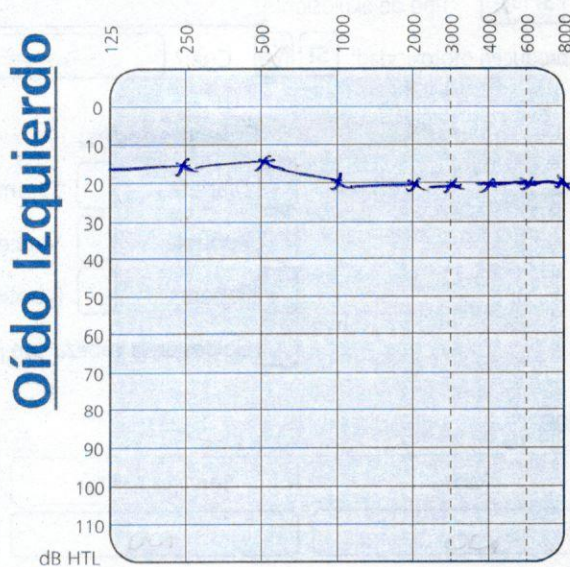
Oído derecho:

Tapon de Cerumen total

Oído izquierdo:

Normal

VII. AUDIOGRAMA



OD OI

Aérea	☐	☒
Aérea Enmascarada	☐	☐
Ósea	☐	☐
Ósea Enmascarada	☐	☐
Responde mejor cóclea V.O.	☐	☐
Acufenometría	☐	☐

VIII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Observaciones:

Sensibilidad Auditiva Normal bilateral.

☒ Control en un año

☐ Revisar N.P.S par uso de protección

☐ Remisión a Otorrinolaringología

☐ Control en 6 meses

☐ Dotar de protección auditiva

☐ Realizar audiometría confirmatoria con reposo auditivo en 12 horas

☐ Continuar uso de protección

☒ Aplicar gotas

[Signature]
Firma Y C.C. del Trabajador

[Signature]
FONOAUDÍLOGA
Rethus: 1113654362

Firma y Registro del Fonoaudiólogo



Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76316652 realizó el día 17/09/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76316652 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

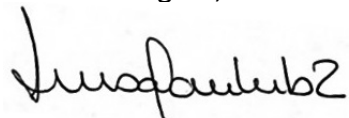
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ, con Cédula Ciudadanía No. 76316652 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 14/02/2020 y fecha fin de contrato 19/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001019163526.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NIÑO ORDOÑEZ, JOSE RAFAEL, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 76.316.652 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 520430992, abierta/o desde el 23/05/2012.

Se expide en Popayan el día 14 del mes de Septiembre del año 2020



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



CONFIANZA

Swiss Re
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
Decreto 1082 de 2015

Póliza 30 GU169597
Certificado 30 GU247699

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 3060247699

Página 1

SUCURSAL: 30. POPAYAN

USUARIO: PIEDRAHD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
15 09 2020

TOMADOR/GARANTIZADO: NIÑO ORDOÑEZ JOSE RAFAEL		C.C. O NIT: 76316652		6
DIRECCIÓN:	CL 22 6 A 30 CIUDAD JARDIN	CIUDAD: POPAYAN		
E-MAIL:	jr_rafael0630@hotmail.com	TELÉFONO: 3104087642		
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	C.C. O NIT: 899999034		1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	CIUDAD: POPAYAN CAUCA	TEL. 8220122	
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CAUCA.	C.C. O NIT: 899999034		1
DIRECCIÓN:	CL 4 2 80	CIUDAD: POPAYAN CAUCA	TEL. 8220122	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 15 09 2020	HASTA 19 04 2021			1,159,333.30

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
%	NOMBRE	COMPANIA	%	TRM	VALORES
100.00	JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA			3,697.00	
				PRIMA	PESOS 15,000.00
				CARGOS DE EMISIÓN	PESOS 7,000.00
				IVA	PESOS 4,180.00
				TOTAL	26,180.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO		15-09-2020	19-04-2021	0.00	1,159,333.30	15,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA POLIZA: AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 19 - CO1.PCCNTR.1841123 DE 2020; QUE SE REFIERE A: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA PRESENCIAL O VIRTUAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. PROGRAMA: TIC, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION. LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. LA PRESENTE GARANTÍA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑÍA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-00-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18764001360811 29/7/2020 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 300000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 246994 AL 300000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR



(415)770998911901(8020)3060247699

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Tue, 15 Sep 2020 13:54:59



Proveemos con seguridad

JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA
NIT: 891502661-6

Sucursal: CALI

Fecha Emisión: 2020-09-15

Fecha
Recaudo: 2020-09-15

RECIBO DE CAJA

N° 00001630

Cuenta Cobro

Cliente: NINO ORDONEZ JOSE RAFAEL
Identificación: CC: 76316652

Ciudad: POPAYAN
Dirección: CL 22 # 6-30

Teléfono: 3104087642

Descripción de Ítem Pagados

Póliza	Certificado	Concepto	Ref.	Aseguradora	Ramo	Valor	Pago	N° Pagos	Fecha Gen.	Estado
GU169597	GU247699	CRE	19 - CO1.PCCNTR	CONFIANZ	CUM	26,180.00	26,180.00	1	2020-09-15	PAGO

Descripción del Pago

Forma Pago	Valor	Ref.	Entidad
VALOR TOTAL	26,180.00	JAVIER PAZ SUAREZ & CIA LTDA.	

OBSERVACIONES

15 SEP 2020

CAJA
PAGADO

RECIBIDO

CLIENTE