

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERV		Código Regional	68
			Código Centro	930910
			Fecha Elaboración	30 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	12277-110063
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN saarciniegas@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Es declarante de renta?
				SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
				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:	939/2020	N° Compromiso SIIF	70520	
Valor Total del Contrato	\$ 3.911.280	N° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 3.911.280	Periodo objeto de pago	Del 30/11/2020 Al 30/11/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 3.666.825	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 244.455	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 244.455	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 15.330	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 244.455,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FICHA 2207128 - REUNION CIERRE ACADEMICO RED CONTABLE Y FINANCIERA - INICIO ACTIVIDADES CON FICHA ASIGNADA				
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.			SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			BLANCA YANETH MURALLAS BUENO INSTRUCTOR	
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				
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

RAZON SOCIAL :	SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN
IDENTIFICACION:	CC-13718610
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-12-01
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-12-03
FECHA DE PAGO:	2020-11-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-11
PERIODO SALUD:	2020-11
NUMERO PLANILLA:	8609681881
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8699677287
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.500	\$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600
CCF39	890200106	CAJASAN	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.300	\$ 5.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 260.200	\$ 260.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2020
----------------------------------	------------

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13718610	0	SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-1	ALTOS DE TAJAMAR TORRE 2 APTO 1201		6044272		sianar79@gmail.com		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-11	2020-11	8609681881	I	2020-11-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	260.200	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8699677287	2020-12-03	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EP'S	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.					Cot.
1	CC 13718610	ARCINIEGAS ROMAN SIMON ANDRES	877.803																	0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	877.803	140.500	0	0	SALUD MIA EPS-EPS046	877.803	109.800	CAJASAN-CCF39	877.803	5.300	877.803	4.600	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	260.200	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13718610	0	SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-1	ALTOS DE TAJAMAR TORRE 2 APTO 1201		6044272		sianar79@gmail.com		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-11	2020-11	8609681881	I	2020-11-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	260.200	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8699677287	2020-12-03	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN		IBC SALUD		IBC RIESGOS
877.803		877.803		877.803
				IBC CAJAS
				877.803
				IBC PARAF
				0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	140.500	0	0	0	140.500
PORVENIR	230301	800224808	8	1	140.500	0	0	0	140.500
EPS(Administradoras: 1)				1	109.800	0	0	0	109.800
SALUD MIA EPS	EPS046	900914254	1	1	109.800	0	0	0	109.800
ARP(Administradoras: 1)				1	4.600	0	0	0	4.600
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	4.600	0	0	0	4.600
CCF(Administradoras: 1)				1	5.300	0	0	0	5.300
Gran Total					254.900	0	0	0	254.900

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
CAJASAN	CCF39	890200106	1	1	5.300	0	0	0	5.300
Gran Total					260.200	0	0	0	260.200

ASOPAGOS
s.a.

PAGADO

Bucaramanga, 7 diciembre de 2020.

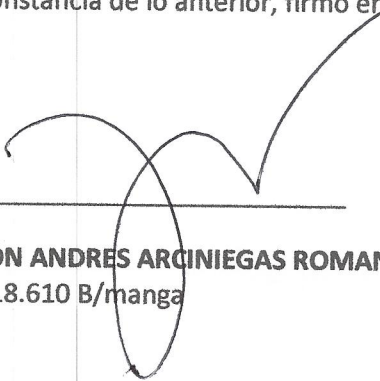
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

- a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos (SI) provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos (NO) provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que (si) quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
- d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que (no) obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$46,418.000)
- e. Por el año gravable 2019, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2019, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en (Bucaramanga) a los 7 días del mes de Diciembre del 2020



SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN
13.718.610 B/manga



Hace constar:

Que el Sr(a) SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13718610 realizó el día 30/11/2020 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 SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13718610 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

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14495973956



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 3 7 1 8 6 1 0

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

IDENTIFICACION

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 3 7 1 8 6 1 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 7 0 5 2 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio:

Bucaramanga

0 0 1

31. Primer apellido

ARCINIEGAS

32. Segundo apellido

ROMAN

33. Primer nombre

SIMON

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio:

Bucaramanga

0 0 1

41. Dirección principal

CON ALTOS DE TAJAMAR TO 2 AP 201

42. Correo electrónico:

sianar79@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

6 0 4 4 2 7 2

45. Teléfono 2:

3 1 6 8 7 0 1 9 1 7

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 1 1 7

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código:

0 0 1 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 6 2 0

50. Código:

1

Ocupación

51. Código

2 4 1 3

52. Número establecimientos

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:	1	2																							

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

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

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios:

0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 1 0 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ARCINIEGAS ROMAN SIMON ANDRES

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Certificado Bancario

Jueves, 19 de Noviembre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN identificado(a) con CC 13718610, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79380120190	2012/02/23	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: (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.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A
LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**



SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2020112703001371861001

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC.	M	D	C	T	E	P
No. DE DOCUMENTO	13718610					
PRIMER APELLIDO	ARCINIEGAS					
SEGUNDO APELLIDO	ROMAN					
PRIMER NOMBRE	SIMON			SEGUNDO NOMBRE	ANDRES	
* FECHA NACIMIENTO	A	M	D	SEXO	M	F
1979	04	18		NACIONALIDAD	COLOMBIANA	
EPS ACTUAL	FUNDACION SALUDMIA EPS			AFP ACTUAL	PORVENIR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	ALTOS DE TAJAMAR TORRE 2 APTO 1201					
DEPARTAMENTO	SANTANDER			MUNICIPIO	BUCARAMANGA	
CELULAR O TELÉFONO FIJO	3168701917			CORREO ELECTRÓNICO	SIANAR79@GMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO	COMERCIAL	CIVIL	PÚBLICO	PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI	NO		
* FECHA INICIO	A	M	D	* FECHA DE TERMINACIÓN	A	M	D	No. DE MESES		
2020	11	27		2020	12	27		1		
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	DE 06:00 AM	HASTA 06:00 PM	
VALOR TOTAL	\$3.911.780		VALOR MENSUAL	\$3.911.780		* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$1.564.712			
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN EL SERVICIO DE EDUCACIÓN						CÓDIGO	1804501 SO ARL		
CARGO U OCUPACIÓN	INGENIEROS INDUSTRIALES Y AFINES						TAXISTA	SI		NO
DIRECCIÓN	CL 16 27 32									
DEPARTAMENTO	SANTANDER			MUNICIPIO	BUCARAMANGA					

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC.	M	D	C	T	E	P	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
No. DE DOCUMENTO								SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
899999034									
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO	1806001 DE ARL		La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)						
DIRECCIÓN PRINCIPAL	CLL 16 NUMERO 27-37								
DEPARTAMENTO	SANTANDER			MUNICIPIO	BUCARAMANGA				
TELÉFONO	7654321		FAX			CORREO ELECTRÓNICO	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO		
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO	TIPO DOC.	M	D	C	T	E	P	PRIMER APELLIDO	
No. DE DOCUMENTO								RODRIGUEZ	
41786707								SEGUNDO APELLIDO	
								MARTINEZ	
PRIMER NOMBRE	CELIA			SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA				

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA
1804501
CLASE DE RIESGO
1
TARIFA
0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Rev. Noviembre/ 2019

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PROSYNERGO SAS
NIT: 900470386-8



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 13718610-54206

Fecha Cierre: 20/11/2020

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/11/2020 - BUCARAMANGA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN	Identificación:	13718610
Género:	MASCULINO Edad: 41	Teléfono:	6044272 Móvil: 31687019178
Fecha Nacimiento:	18/04/1979	Cargo:	CONTRATISTA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COOMEVA EPS S.A.
Dirección:	ALTOS DE TAJAMAR TORRE 2 APTO 1201	ARL:	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EMO - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: CERTIFICÓ QUE EL PACIENTE MENCION, NO PRESENTA AL MOMENTO DE EL EXAMEN SIGNOS CLÍNICOS SUGES-TIVOS DE CUADRO INFECCIOSO Y TANTO EN LA ENCUESTA POR EL PACIENTE DILIGENCIADA COMO EN EL INTE-RROGATORIO MÉDICO NIEGA SÍNTOMAS O NEXO EPIDEMIOLÓGICO PARA COVID19. SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EL PACIENTE EN MENCIÓN PERTENECE AL GRUPO IDENTIFICADO COMO POSIBLE VULNERABLE CON RIESGO MEDIO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE ENFERMEDAD POR COVID-19, IMPORTANTE ENFATIZAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN, EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí informado de las medidas que tomará PROSYNERGO SAS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a PROSYNERGO SAS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

PROSYNERGO SAS se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'


Dr. Johnny Andrés Román J.
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 1786-09 - Lic. 012502



JOHNNY ANDRES ROMAN JIMENEZ

SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN

13718610

Firma y cédula del Paciente

012502 1786-2009

Médico Especialista en Salud Laboral