

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL HUILA</p>		<p>Código Regional</p>	<p>41</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>952610</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>4 de Febrero de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2021 - 1,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>95883-870636</p>
<p align="center">CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - SERVICIOS PRESTADOS A</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>No. de documento</p>	<p>3258</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>C.C.</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>94.541.147</p>		<p>83710</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>Es declarante de renta?</p>
<p>NO RESPONSABLE</p>		<p>NO</p>		<p>SI</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>		<p>Inducción SST</p>		<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>
<p>NO</p>		<p>SI</p>		<p>SI</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>Tipo de cta</p>		<p>N° Cuenta</p>
<p>BANCOLOMBIA</p>		<p>AHORROS</p>		<p>84592636394</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>		<p>NO</p>
<p>NO</p>		<p>NO</p>		<p>NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>		<p>3521</p>
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>N ° Pago</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>1</p>		<p>Del 28/01/2021 Al 31/01/2021</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>Comisiones</p>		<p>Valor Bruto Pago</p>
<p>\$ 36.855.000</p>		<p>\$ 0,00</p>		<p>\$ 340.200,00</p>
<p>\$ 36.855.000</p>		<p>\$ 0,00</p>		<p>\$ 340.200,00</p>
<p>\$ 36.514.800</p>		<p>\$ 0,00</p>		<p>\$ 340.200,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>				
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p>PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME CDATH, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL ÁREA</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 340.200</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos por comisiones</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 340.200</p>		<p>\$ 0</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 93.405</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
<p>\$ 93.405</p>		<p>\$ 0</p>		<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Enero</p>		<p>Diciembre</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>908.526</p>		<p>9415066212</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 113.600</p>		<p>Valor Base retención en la fuente</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 145.400</p>		<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>Valor base IVA</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ 4.800</p>		<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>Menos Retención en la Fuente</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>Menos Retención IVA</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>Reteica - 8299</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>		<p>\$ -</p>		<p>Descuentos de Libranza</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>		<p>\$ -</p>		<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>		<p>\$ 31.135</p>		<p>VALOR A PAGAR</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 339.009,00</p>
<p align="center">SON: TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NUEVE PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS SIGUIENTES FORMACIONES:</p>				
<p>2067488 - GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: 6,00 HORAS</p>				
<p>2203609 - GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: 5,00 HORAS</p>				
<p>1963282 - PRODUCCIÓN AGROPECUARIA ECOLÓGICA: 6,00 HORAS</p>				
<p>TOTAL HORAS MES ENERO: 17,00 HORAS</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">MAIRALEJANDRA RAMIREZ CUENCA INSTRUCTOR G09</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94541147		TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 3 # 9-31	LA PLATA-HUILA	8371354	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-12	2020-12	859111918		9415066212	I	2021/01/14	2021/01/13	BANCOLOMBIA	\$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600		\$0	\$0	
Ciudad: LA PLATA Depto: HUILA (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600		\$0	\$0	
1	CC	94541147	TEJADA CAMILO	230301	30	\$877,803			\$140,500	EPS037	30		\$877,803			\$109,800			0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94541147		TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 3 # 9-31	LA PLATA-HUILA	8371354	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-12	2020-12	859111918		9415066212	I	2021/01/14	2021/01/13	BANCOLOMBIA	\$254,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900	



CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO identificado con CC 94541147 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2018
IPS Cotizante: E.S.E. SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA H
Categoría: A
Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
DANIELA ISABEL GARCIA CEBALLOS	CC 1026268582	E.S.E. SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA H	2° COTIZANTE	01/10/2018	ACTIVO
HELENA TEJADA GARCIA	RC 1081425183	E.S.E. SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA H	BENEFICIARIO	01/06/2019	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE**, a los 24 días del mes de enero del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.541.147**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



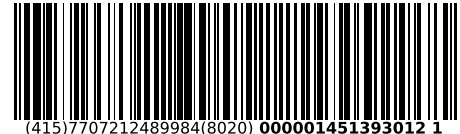
Tenga en cuenta:

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.

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14513930121



(415)7707212489984(8020) 000001451393012 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **9 4 5 4 1 1 4 7** 6. DV **7** 12. Dirección seccional **1 3** Impuestos y Aduanas de Neiva 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de Identificación **9 4 5 4 1 1 4 7** 27. Fecha expedición **2 0 0 3, 0 5, 2 9**
Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Valle del Cauca** 30. Ciudad/Municipio **Cali** 31. Primer apellido **TEJADA** 32. Segundo apellido **CHAVARRO** 33. Primer nombre **CAMILO** 34. Otros nombres **ANDRES**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Huila** 40. Ciudad/Municipio **La Plata**
41. Dirección principal **CL 7 3 60 BRR LA POLA**
42. Correo electrónico **camilotejada85@hotmail.com**
43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 1 7 6 4 5 3 5 3 0** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9**
49 - No responsable de IVA

COPIA DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

54. Código **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2019 - 05 - 20**

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:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre **ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA**

985. Cargo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.590

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
16 DÍA	01 MES	2020 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)	
Ciudad			CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
SENA				
Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
				94541147
Cargo				
INSTRUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y PSICOLOGICO				
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL		✓	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
AUDIOMETRIA SOD		✓	COLESTEROL TOTAL	
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)		✓	TRIGLICERIDOS	
HEMOGRAMA IV		✓	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) SOD	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA		Nombre: TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES		
R. M.: 1384/2006		CC: 94541147		
L.S.O.: 704/2011		Código de Seguridad		
		Q631W1C1590		



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 71

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 16/01/2020 - 09:43 A. M. Fecha Atención: 16/01/2020 09:43:10a. m.
CC: 94541147 Nombres y Apellidos: TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES Fecha de Nacimiento: 14/05/1985 Edad: 34 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS
Genero: MASCULINO Estado Civil: CASADO(A) Dirección: NO SABE Teléfono: Celular: 3176453530
Entidad: SENA Profesión o Cargo: INSTRUCTOR
Funciones del Cargo: Nivel Académico: UNIVERSITARIO Acudiente:
Teléfono del Acudiente: Parentesco:

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLOGICA DE INGRESO SE APLICO LA PRUEBA MINIMENTAL, AL IGUAL QUE SE APLICO UNA ENTREVISTA DIRECTA SEMIESTRUCTURADA. LLEVA TRABAJANDO EN LA ENTIDAD 8 AÑOS REALIZANDO LA LABOR COMO INSTRUCTOR DEL DEL AREA DE COMUNICACION.

EXAMEN MENTAL

PRESENTA PRINCIPALMENTE ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA.
PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESION FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD.
INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL.
EUPROSÉXICA: ATENCIÓN NORMAL.
MEMORIA: MEMORIA A CORTO PLAZO SIN ALTERACIÓN ALGUNA.
BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN.
PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.
DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD.
SU ORIENTACIÓN NORMAL.
EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 8 A 9 HORAS DE SUEÑO.
SU ALIMENTACIÓN CONSIDERA UN POCO PASADA.
LE GUSTA VER TELEVISION PARTIDOS DE FUTBOL MONTAR A CABALLO, LEER.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 27/30 Y EN LA ENTREVISTA CON ADECUADO EXAMEN MENTAL, SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SU FUNCIONES QUE REALIZARA.

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre:

R. M.:

BELTRAN FIRIGUA DIANA CONSTANZA

125095

PACIENTE

Firma:

Nombre:

CC:

TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES

94541147

DERLY JOHANNA PINEDA LOPEZ

CARRERA 6 # 5-29 LA PLATA-HUILA
Tels. (8) 8371768 - Email: opticentrolaplatahuila@hotmail.com

HISTORIA CLINICA - OPTOMETRIA**HC No. CC 94541147**

Nombre: TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES	Edad: 34 A	Sexo: M	Fecha: 15/01/2020 4:45 PM	Consulta: 3
Dirección: CLL7 N 3-60	Tels: 3208338400 -	Est. Civil: SOLTERO	Reg.: 3373	
Ocupa.: INSTRUCTOR SENA	Responsable: ARAMINTA CHAVARRO - MADRE	Tels:		
Aseguradora: 000000 PARTICULAR	Tipo:	Servicio originado por ENFERMEDAD GENERAL		

Motivo de Consulta VISIOMETRIA INGRESO, ASINTOMATICO.**OJO DERECHO REFRACTIVO OJO IZQUIERDO****Examen Externo** SANO**AV SC Lej :** 20/20 **Cerca:** 0.5 **AV SC Lej :** 20/20 **Cerca:** 0.5**Queratometría:** N/A **Queratometría:** N/A**Refracción :** N/A **Refracción :** N/A**COVER TEST:** ORTO - EXOFORIA **OJO DTE:** OI**SEGMENTO ANTERIOR****Motilidad Ocular AO:** NORMAL**Esteriop Si:** 20" ARCO **Ishihara:** NORMAL**Párpado** OD: NORMAL **OI:** NORMAL**Vías Lagrimales - Glándula****OD:** NORMAL **OI:** NORMAL**Pupila** OD: NORMAL **OI:** NORMAL**Biomicroscopía** OD: NORMAL **OI:** NORMAL**SEGMENTO POSTERIOR****OD:** N/A **OI:** N/A**Diagnóstico** EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010)**Conducta** APROBADO VISUAL.

Dr@.Atendió

DERLY JOHANNA PINEDA
1868CTNP



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES		Atención N°: 326
Fecha:	16/01/2020	Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)
Tipo Examen:	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
CC:	94541147	Nombre: TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES
Edad:	34 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento:	14/05/1985	Empresa: SENA
Ocupación:	INSTRUCTOR	

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES					
Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO		NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

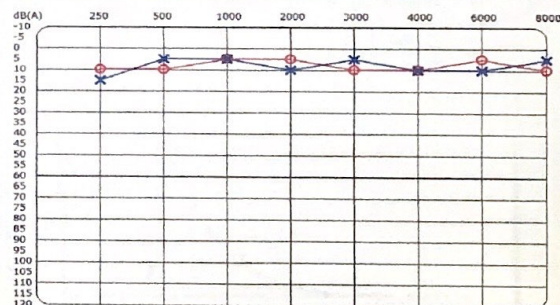
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLIGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDIFONOS	SI
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA			
Descanso auditivo(Horas):	24 Hora(s)	Realizó re test:	NO
Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI		
Marca y Referencia audiómetro utilizado:	AUDIOMETRO		
F. Última Calibración:	2019-08-29		

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
 < : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	CAE LIBRE DE CERUMEN
Oído izquierdo:	CAE LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	5	5	10	10	5	10
VAOI	15	5	5	10	5	10	10	5

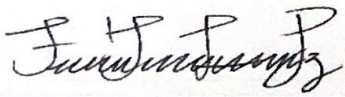


SEVERIDAD - CAOHC	
Oído derecho:	Normal(0 - 25 dB)
Oído izquierdo:	Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA FUNCIONAL NORMAL.
SE DA EDUCACIÓN SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.

Firma: 
 Nombre: CAJAS PAZ EDWIN YAMIR
 R. M.: 1061757764 L.S.O.: _____



TRABAJADOR
 Firma: 
 Nombre: TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES
 CC: 94541147

LABORATORIO CLINICO NANCY CEDEÑO ANGEL

Pág. 1 / 1

DIRECCION: CALLE 4TA N. 3-49

CIUDAD: LA PLATA - HUILA

8370139

PACIENTE: Camilo Andres Tejada Chavarro

FECHA: 16 de enero del 2020

MEDICO: Gloria Jimena Hernandez

EDAD: 34 años 8 m

SEXO: Masculino

ANALISIS: 536

EXAMEN DE SANGRE

BIOQUIMICO

Glucosa en ayunas

Colesterol Total

Triglicéridos

VLDL Coolesterol

RESULTADO

88.7 mg/dl

238.0 mg/dl

124.0 mg/dl

24.8

V. REFERENCIAL

60 - 100

ADULTOS

Deseable: menor de 200

Límitrofe: 200 - 239

Alto: 240 o mayor

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Deseable: menor de 170

Límitrofe : 170 - 200

Alto: 200 o mayor

ADULTOS

Normal: menor a 150

Límite alto: 150 - 199

Alto: 200 - 499

Muy alto: 500 o mayor

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Deseable: menor a 126

Normal: menor a 200

Límite alto: 200 - 400

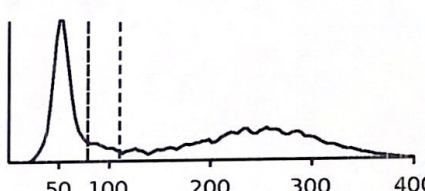
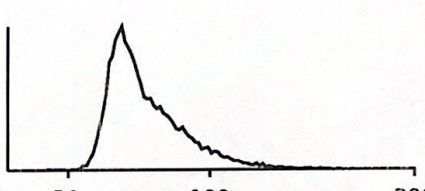
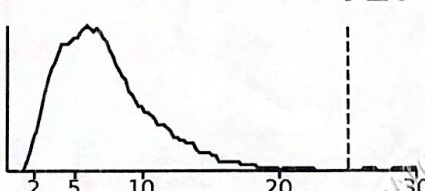
Alto: 400 - 999

Muy alto: 1000 o mayor

LABORATORIO CLINICO
NANCY CEDENO ANGEL
DIRECCION- CALLE 4 N° 3-49
TELEFONO- 8370139
LA PLATA HUILA

INFORME RESULTADO PACIENTE

ID paciente 94541147	Apell TEJADA CHAVARRO	Nombre CAMILO ANDRES
Tipo Hom	Fecha nacimiento 14/05/1985	NSS
ID muestra 536	Fecha análisis 16/01/2020 10:10:15 AM	Operador labtech
Servicio	ID méd.	Médico GLORIA JIMENA HERNANDEZ

Alarmas analizador						
Alarmas de análisis						
					Límites	
LEU	5.2	$10^3/\text{mm}^3$	4.1	10.5		LEU
LIN%	38.5	%	16.0	43.3		
MON%	5.5	%	2.8	10.2		
GRA%	56.0	%	48.5	80.3		
LIN#	2.00	$10^3/\text{mm}^3$	1.00	3.10		
MON#	0.20	$10^3/\text{mm}^3$	0.10	0.70		
GRA#	3.00	$10^3/\text{mm}^3$	2.30	7.70		
						
ERI	5.33	$10^6/\text{mm}^3$	4.30	5.80		ERI
HGB	16.1	g/dl	13.1	16.7		
HCT	48.4	%	39.9	51.0		
VCM	91	μm^3	83	98		
HCM	30.3	pg	27.0	32.2		
CHCM	33.3	g/dl	31.8	33.7		
IDE-CV	14.4	%	11.9	14.8		
IDE-SD	47	μm^3	38	49		
						
PLA	235	$10^3/\text{mm}^3$	150	399		PLA
VPM	7.0	μm^3	6.8	10.1		
PCT	0.165	%	0.150	0.500		
IDP	17.1	%	11.0	18.0		
						

Impreso el 16/01/2020 10:10:23 AM Impreso por labtech
Parámetros RUO sólo para investigación

Micros N° 809ESOH18839



Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94541147 realizó el día 04/02/2021 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 CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94541147 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94541147 realizó el día 04/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94541147 realizó el día 04/02/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.541.147, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2021 y fecha fin de contrato 22/12/2021 con 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 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): 202101012122652.

Esta certificación se expide a los 04 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 25 de Enero de 2021

Señores
SENA LA PLATA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CAMILO ANDRES TEJADA CHAVARRO identificado(a) con CC 94541147, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84592636394	2013/01/22	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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
NEIVA			AGENCIA MANDATARIA - NEIVA			61			61-46-101009360			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:			
28	01	2021	28	01	2021	00:00	22	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
TEJADA CHAVARRO CAMILO ANDRES		94541147	
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	
CALLE 3 N 9 -31	LA PLATA - HUILA	3176453530	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	
CRA 7 N 5-67	LA PLATA - HUILA	8370987	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2182099 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURÍSTICO DEL HUILA, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL ÁREA TEMÁTICA COMUNICACIÓN Y DEMÁS PROGRAMAS DE FORMACIÓN RELACIONADAS CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2021	22/04/2022	\$ 3,685,500.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 3,685,500.00	28/01/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
LOB ADMINISTRADORA DE SEGUROS LTDA.	38679	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - Teléfono: 8721717 - NEIVA

Mmsm?

[Firma]



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en: www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186077

Verifique su póliza escaneando el código QR. Aplica únicamente para la emisión original.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA



Edna Moreya
Rivera Ledesma

Carrera. 7 No. 3-10
Tel. 8372 223 | Regimen
La Plata Huila | Simplificado
Nit: 36.382.010-3

DIA	MES	ANO
28	01	2021

☐ Crédito ☒ Contado

Factura de Venta No: **3320**

C.C. O NIT.

9 454 1147

Dirección:

Calle 3 N. 9-31

Tel.:

312 6453530

CANT.	DETALLE	V.UNIT.	V.TOTAL
1	Póliza Complemento N. 61-46-101009360		20.000
			8.000
			5.320.

Esta factura de venta es un título valor de conformidad a la ley 1231 del 17 / julio / 2008 y demás normas pertinentes del c.c.

TOTAL: 33 320.

Firma Vendedor

Firma Comprador