SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL QUINDÍO**
**CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **63** |
| **Código Centro** | **953810** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **99617-521563** |
| **No. de documento** | **4499** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | FERNEY VARGAS JARAMILLO | **C.C.** | 9.732.402 | **IP/Nº de contacto** | 62711 |
| **Correo electrónico contratista:** | fvargasj@sena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 72487124371

**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 2021 supera los $ 119´806.000** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 2193940/2021 **Nº Compromiso SIIF** 7421

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.396.600 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 40.396.600 | **1** | **Del** | **02/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 3.683.967,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.712.633 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ€Œ EN PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2021-02-019347

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.683.967 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 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** | **$ 3.683.967** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.171.678** | | **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** | ---------- | **19787067** | Valor Base retención en la fuente | 2.171.678,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.473.587 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.263.967,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.200 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.800 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 7.700 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 368.397 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 723.893 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.683.967,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeación de la formación para las fichas 1967080, 2026738, 2184248 y 2251812 de acuerdo al horario asignado por coordinación académ
Se ejecutaron las acciones de formación profesional de acuerdo a la programación asignada por la Coordinación para el I trimestre de
Se aplicaron según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagóg
Se realizó verificación de aprendices activos en el aplicativo Sofia Plus y se hacen registros de inasistencias.
Promover y hacer seguimiento del cumplimiento del reglamento del aprendiz

Planeación propuesta de divulgación de programas del centro
las demás actividades desarrolladas se verán reflejadas en el informe mensual contractual anexo a esta planilla

**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.

**FERNEY VARGAS JARAMILLO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS**
**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**

**CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
# NIT 805.001.157 - 2
# CERTIFICA:

Que a la fecha de expedición de este certificado, FERNEY VARGAS JARAMILLO identificado(a) con documento de identidad CC : 9732402 se encuentra VIGENTE en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S. en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S.

Su grupo familiar es:

| Tipo de Documento | Número de documento | Nombre del afiliado | Estado de afiliación |
|---|---|---|---|
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | VIGENTE |
| CC | 24472547 | MARIELA JARAMILLO VELEZ | VIGENTE |

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

| Tipo doc | Número de documento | Nombre del Cotizante | Tipo ID Empleador | NúmeroID Empleador | Razón Social | Período Cotización | Días Cotizados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/02 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/03 | 0 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/03 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/04 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/05 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/06 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/07 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/08 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/09 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/10 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/11 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2020/12 | 30 |
| CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | CC | 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | 2021/01 | 30 |

En caso de observar alguna inconsistencia en la información aportada, por favor ingrese al portal Web de la EPS SOS en la sección contáctenos, o a través del correo electrónico de servicioclientе@sos.com.co.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los ONCE (11) días del mes de FEBRERO del año 2021.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Monica Gonzalez Ceballos

Jefe Nacional de Servicio al Cliente
portal_webusr

CD3 3892056 Feb 11 2021 12:00AM

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VARGAS JARAMILLO FERNEY** identificado(a) con **CC** número **9.732.402** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de marzo de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2021.

Cordialmente,




***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021011720481

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14538347255

(415)7707212489984(8020) 000001453834725 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 7 3 2 4 0 2 | 1 | Impuestos y Aduanas de Armenia 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 9 7 3 2 4 0 2 | 1 9 9 7 0 7 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Quindío 6 3 | Armenia 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VARGAS | JARAMILLO | FERNEY | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Quindío 6 3 | Armenia 0 0 1 |

41. Dirección principal: BRR CALIMA MZ 22 13

42. Correo electrónico: fervargasj@gmail.com

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

### 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados 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 61. Fecha 2019 - 05 - 24

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

De conformidad con la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007 proferida por el Ministerio de la Protección Social, mediante la cual se regula la práctica de evaluaciones de ingreso, egreso, alturas, periódicas y de controles médicas ocupacionales.

| NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE | | |
|---|---|---|
| SENA PARTICULAR | ARMENIA | 20/01/2021 |

| Nombre del aspirante o trabajador | VARGAS JARAMILLO FERNEY | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| Documento de identificación | | Edad | Cargo |
|---|---|---|---|
| Primera | | | |
| C.C. | 9.732.402 | 42 | INSTRUCTOR |

| Ingreso | X | Periodico | | Egreso | |
|---|---|---|---|---|---|

**CONCEPTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sin restricciones para el cargo | X | Sin restriccion para alturas | | Sin patologia relacionada con la labor | |
| Con restriccion para el cargo | | Con restriccion para alturas | | | |

**DESCRIPCIÓN RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)**

| | |
|---|---|
| VISIOMETRIA | ANORMAL |
| PSICOLOGO | APTO |
| AUDIOMETRIA | ANORMAL LEVE |
| ESPIROMETRIA | |
| LABORATORIO | NORMAL |
| CARTA DENTAL | |
| **DIAGNOSTICO** | NO |

**RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)**

**RECOMENDACIONES GENERALES SEGÚN PROFESIOGRAMA**

USO DE EPP SEGÚN EL CARGO- PAUSAS ACTIVAS- BUENA POSTURA

**RECOMENDACIONES ESPECIFICAS SEGÚN PROFESIOGRAMA**

**CONTINUAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES- USO DE GAFAS PERMANENTE**

REMISION A EPS SI NO X REMISION A ARL SI NO X

SE ENTREGA CONCEPTO SI X NO

Médico

Firma:

VARGAS JARAMILLO FERNEY

Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R

20.01.2021 VB

PVE VISUAL -

*Dra. Luz Andrea Romero Arango*

Médico Especialista Salud Ocupacional

L.M. 7332-01-12R

# AUDIOMETRÍA

**Fecha y ciudad de Realización del Examen**

10 | 01 | 2021 — ARMENIA (CIUDAD) — Ingreso — Egreso — Periódico

**Datos de la Empresa donde labora, laborara o laboró el Trabajador aspirante**

Razón Social: Lena — ARMENIA

**Datos del Trabajador / Aspirante** (Tipo documento de identificación C.C. Cedula de Ciudadania, C.E. Cedula Extranjera, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

| Primer Apellido | Segundo Apellido | | Documento de Identidad: Tipo | Numero |
|---|---|---|---|---|
| Vargas | Jaramillo | Yerrey | CC | 9732402 |

Genero (Marque con una (X)): Femenino ___ Masculino X

**Riesgos Ocupacionales en Empresa Actual y/o Anteriores**

(marque con una X en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo Mencionado. Indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

| Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado) | Tiempo (años) de Exposición | Ruido |
|---|---|---|
| Lena | | |
| | | |

Uso de elementos de protección:

Cuales:

**EXPOSICIÓN A RUIDO**

Tejo —
Discoteca —
Moto —
Servicio Militar —
Polígono —
Walkman —

**ANTECEDENTES MÉDICOS AUDITIVOS**

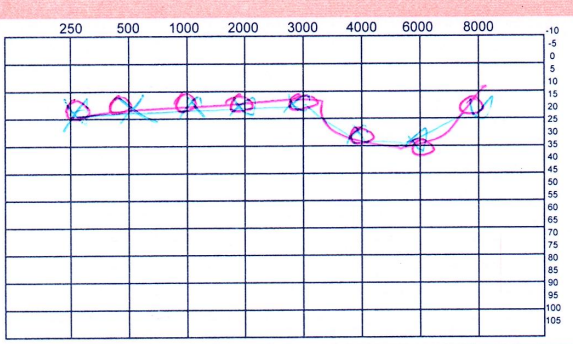
Otitis +
Perforacion +
Hipoacusia +
Otros —

Examen externo:
OD Normal
OI Normal

| VIA | LAT | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÉREA | OD | 20 | 20 | 20 | 20 | 30 | 35 | 20 | 20 |
| | OI | 20 | 20 | 20 | 20 | 30 | 30 | 20 | 20 |
| OSEA | OD | | | | | | | | |
| | OI | | | | | | | | |

| Diagnósticos | OD | OI |
|---|---|---|
| Normal | | |
| Hipoacusia GI | | |
| Hipoacusia GII | X | |
| Hipoacusia GIII | | |
| Hipoacusia Mixta | | |
| Hipoacusia Conductiva | | |

HAS GRADO




Medico
**Nombre:** Dra. Luz Andrea Romero Arango
**Firma:**
**Registro:** 7332-01-2012R

Firma del Trabajador:

# VISIOMETRIA

**FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN**

| 20 (DD) | 1 (MM) | 2021 (AAAA) | ARMENIA (CIUDAD) | Ingreso [X] | Egreso [ ] | Periódico [ ] |
|---|---|---|---|---|---|---|

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

| SENA (Razón social) | ARMENIA |
|---|---|

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE** (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

| Primer apellido | Segundo apellido | | | Documento de identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|---|
| VARGAS | JARAMILLO | | FERNEY | | 9732402 |

**Género** (Marque con una (X))

Femenino [ ] Masculino [X]

**RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES SI**

(Marque con una (X) en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo mencionado. Indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

| Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado) | Tiempo (años) de Exposición | Vdts |
|---|---|---|
| SENA | | |
| | | |

Uso de gafas

Cuales:

**SINTOMAS VISUALES**

| | |
|---|---|
| Disminucion vision cercana | NORMAL |
| Disminucion vision lejana | ANORMAL |
| Pterigio | NORMAL |
| Lagrimeo | NORMAL |
| Vision borrosa | ANORMAL |
| Cansancio visual | ANORMAL |

**ANTECEDENTES MEDICOS VISUALES**

| | |
|---|---|
| Astigmatismo | NIEGA |
| Miopia | NIEGA |
| Ambliopia | NIEGA |
| Otros | SI |

Examen externo:

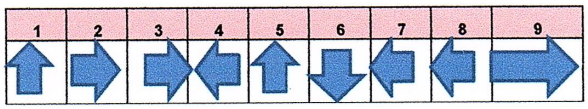
OD__NORMAL_____

OI____NORMAL_____

**EXAMEN VISUAL**

| | V LEJANA | V CERCANA | CON LENTES |
|---|---|---|---|
| OJO DER | 20/100 | 0,5 | |
| OJO IZQ | 20/100 | 0,5 | |
| AMBOS | 20/100 | 0,5 | |

| Diagnosticos | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetrope | | |
| Miopia | | |
| Astigmatismo | | |
| Ambliopia | | |
| Hipermetropia | | |
| Presbicia | | |




PLAN: ANORMAL

NOMBRE
FIRMA:
REGISTRO:

FIRMA DEL TRABAJADOR:



# *LABORATORIO CLINICO*
# *CARMENZA GOMEZ VARGAS*
## *NIT 41.908.269-1*
**TELEFONO 7468833 CELULAR 3142893034**
**AV. BOLIVAR 1-20 PISO 2**



**Paciente:** FERNEY VARGAS JARAMILLO
**Edad:** 41 A **Sexo:** M **Identificación:** 9732402
**Teléfonos:**
**Empresa:** DRA LUZ ANDREA ROMERO - Sena

**Recepción:** 22774 **Sala:** N/A
**Fecha rcp:** 20/01/2021 08:27:34 a.m.
**Médico :** Luz Andrea Romero Arango

| | | Resultado | Valores de referencia |
|---|---|---|---|
| **1** | Colesterol total sérico | 280 mg/dL | 0 a 200 mg/dL |
| **2** | Glucosa sanguínea | 87 mg/dL | 70 a 110 mg/dL |
| **3** | Trigliceridos sérico | 187 mg/dL | 0 a 150 mg/dL |
| | Aspecto del Suero | Ligeramente Lipémico | |

LABORATORIO CLINICO

BACTERIOLOGA

## EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL

**NOMBRE: FERNEY VARGAS JARAMILLO**
**FECHA: ENERO 20 DEL 2021**

| AREAS EVALUADAS | ASPECTOS EVALUADOS | E | B | R | M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AREA COGNITIVA | Capacidad para prever-planear (juicio) | X | | | | Se anticipa a corto, mediano y largo plazo en la formulación de objetivos. |
| | Percepción viso-motora | X | | | | integración visomotora |
| ÁREA AFECTIVA-EMOCIONAL | Control de emociones (impulsividad-agresividad) | X | | | | Soluciona problemas |
| | Manejo del conflicto | X | | | | Denota estrategias de afrontamiento del conflicto |
| | Relaciones interpersonales | X | | | | Es sociable en la relación con los demás. |
| | Trabajo en equipo | X | | | | Valora el trabajo en equipo y comparte sus proyectos con los demás |
| ÁREA CONATIVA-MOTIVACIONAL | Responsabilidad | X | | | | |
| | Respeto por reglas (puntualidad, seguimiento de instrucciones, honradez) | X | | | | Se ajusta a las normas sociales |

| | | |
|---|---|---|
| APTO: Cumple con todos los criterios | X | OBSERVACIONES: Se halla en adecuadas condiciones de salud mental, posee funciones mentales superiores de juicio conservadas. Con habilidad para solucionar conflictos. No presenta trastornos de las relaciones sociales interpersonales ni de personalidad. |
| APTO CON LIMITACIONES: propenso al peligro, deficiencia en más de un área evaluada. Representa Riesgo moderado. | | |
| NO APTO: riesgo alto, deficiencia en diversas áreas. Alto riesgo. | | |



**LILIANA ORTIZ BOTERO_____**
**PSICOLOGA OCUPACIONAL**
**# DE LICENCIA: __1173 DEL 2013_____**

## Hace constar:

Que el Sr(a) FERNEY VARGAS JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9732402 realizó el día 10/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

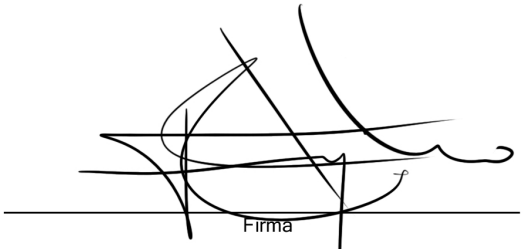
La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo FERNEY VARGAS JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9732402 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

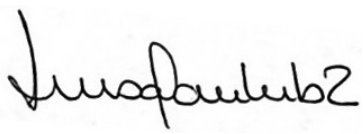
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FERNEY VARGAS JARAMILLO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 9.732.402, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101012281698.

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Lunes, 18 de Enero de 2021

Señores
SENA CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FERNEY VARGAS JARAMILLO identificado(a) con CC 9732402, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 72487124371 | 2002/02/26 | 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.

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

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| ARMENIA, 01 DE FEBRERO DE 2021 | 2874172-6 | | 13508502 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| INGRI ALEXANDRA GIRALDO VARGAS | 29761 | 2640 | 01213508502 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| MANZANA 22 CASA 13 | | ARMENIA | 7346495 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 9732402 | FERNEY VARGAS JARAMILLO |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01-FEB-2021 | 18-ABR-2022 | 4.039.660,00 | 40.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 01-FEB-2021 | 18-ABR-2022 | 441 | 01-FEB-2021 | 18-ABR-2022 | $40.000 | $7.600 | $47.600 |

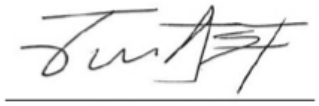
VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $4.039.660 | $12.119 | $4.039.660,00 |

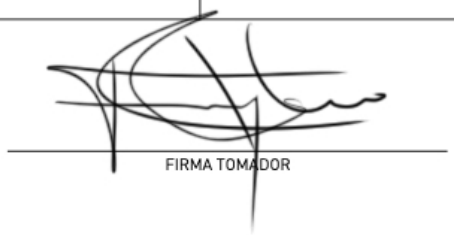
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 – NEGOCIOS ESTATALES

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 2640 | 904788 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |



FIRMA AUTORIZADA



FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 29761 | INGRI ALEXANDRA GIRALDO VARGAS | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100,00 | 40.000 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 - 18 | P | 05 | F-01-12-084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 - 18 | NT-P | 5 | N-01-012-011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.2193940.
POLIZA NUEVA. SE ADJUNTAN CONDICIONES GENERALES
SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO NO CO1.PCCNTR.2193940 CELEBRADO ENTRE FERNEY VARGAS JARAMILLO Y SERVICIOS NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME ALOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDÍO, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407-9

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2874172-6 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **FERNEY VARGAS JARAMILLO** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13508502 expedida el día 01 de Febrero de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

| | | |
|---|---|---|
| Prima | $ | $40,000 |
| Impuestos | $ | $7,600 |
| Total | $ | $47,600 |

Para constancia se firma en ARMENIA a los 01 días del mes de Febrero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

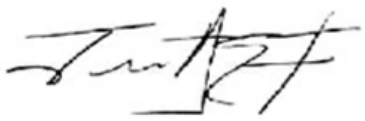
Nit. 890.903.407-9

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2874172-6 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **FERNEY VARGAS JARAMILLO** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13508502 expedida el día 01 de Febrero de 2021 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en ARMENIA a los 01 días del mes de Febrero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A