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	**03238-448919**
No. de documento	**6171**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHONATAN ARBOLEDA BOTERO	**C.C.**	1.088.312.080	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jarboleda08@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24095260510	
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:	2197113/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12921**	
Valor Total del Contrato	$ 20.198.300	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.198.300	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 1.905.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.292.800		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ€Œ N PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2021-02-019784

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.905.500		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	**$ 1.905.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.234.875**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	**Enero**	Valor Base retención en la fuente	1.234.875,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7776758492**	Valor Base retención en la fuente ICA	1.646.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I	$ 4.800	$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		-	0,00	
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	$ -				
Salud hasta $ 580.928	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 411.625		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 1.905.500,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las demas actvidades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecucion contractual.

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.

JHONATAN ARBOLEDA BOTERO
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,

JOHN DANILO PEREZ ROJAS
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)

Bogotá, Enero 20 de 2021

Señor:
ARBOLEDA BOTERO JHONATAN
CC. 1088312080
BOSQUES DE PALERMO BL 17 AP 302 - 3111111
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 11 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
JIMENEZ BOTERO NATALIA	1088027740	C	Abr-7-2020	4	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Abr-7-2020	Anulación por TDA negados	Ninguna
ARBOLEDA BOTERO JHONATAN	1088312080	C	Sep-11-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	1088312080	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	1088312080	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
GESTION EMPRESARIAL PROFESIONAL SAS	1088312080	Dependiente	CERRADO
GESTION EMPRESARIAL PROFESIONAL SAS	1088312080	Dependiente	CERRADO
JHONATAN ARBOLEDA BOTERO	1088312080	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JHONATAN ARBOLEDA BOTERO	1088312080	Trabajador Independiente	CERRADO
SECON CONFIANZA Y SEGURIDAD SAS	1088312080	Dependiente	CERRADO
TRAMITE TOTAL SAS	1088312080	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

porvenir
sólo hay uno

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:

JHONATAN ARBOLEDA BOTERO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.088.312.080**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 27 de mayo de 2017.

La presente certificación se expide el 22 de enero de 2021.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1088312080
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JHONATAN ARBOLEDA BOTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	BOSQUES DE PALERMO BLOQUE	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7776758492**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		889819334

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.800
SUBTOTAL:			1	**$ 4.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 263.800**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14737222059

(415)7707212489984(8020) 000001473722205 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 8 3 1 2 0 8 0	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	1088312080	2011-10-10

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARBOLEDA	BOTERO	JHONATAN	

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: CON SANTA SOFIA

42. Correo electrónico: ftjhonatanab@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

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: 2021 - 01 - 28 / 17 : 17: 02

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: ARBOLEDA BOTERO JHONATAN
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

JUAN MANUEL HINCAPIE MEDINA.
Médico Laboral - Especialista en Salud Ocupacional
C.C. 10.260.041 - Reg. Méd. 972 - LPSST 2610-18
Calle 19 No. 5-13 Ed. Clínica Risaralda Consultorio 709
E-mail: hincapiejm@hotmail.com - Cel. 311 315 4508 - Pereira



NOMBRE DEL PACIENTE	JHONATAN ARBOLEDA BOTERO	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 1088312080	**EDAD**	27 AÑO(S) 3 MES(ES) 14 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	---
DIRECCIÓN	DIAGONAL 26 N 16A-60 APTO 101 MILAN	**MUNICIPIO**	DOSQUEBRADAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General **Fecha de Exámen: 2021-01-21 08:17:53**

Empresa Contratante
SENA

Ciudad
PEREIRA

Cargo A Desempeñar
INSTRUCTOR

Tipo De Exámen
Pre-Empleo

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Laboratorios

Examenes	Estado
VISIOMETRIA	NORMAL
PERFIL LIPIDICO TOTAL	NORMAL
GLICEMIA BASAL	NORMAL
AUDIOMETRIA TAMIZAJE	NORMAL

Recomendaciones Paciente
3. Higiene postural

Requiere Control en Programa de Vigilancia Epidemiológica
Físico, Biomecánico, Psicosocial

Observaciones
SE TIENE EN CUENTA PARA ESTE CONCEPTO VALORACIÓN POR FONOAUDIOLOGIA.

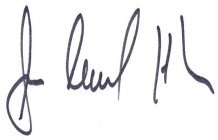
Remisión
EPS

Observaciones
SE RECOMIENDA DIETA BAJA EN GRASAS RICA EN VEGETALES, VALORACIÓN POR EPS.

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR

JUAN MANUEL HINCAPIE MEDINA.
Médico Laboral - Especialista en Salud Ocupacional
C.C. 10.260.041 - Reg. Méd. 972 - LPSST 2610-18
Calle 19 No. 5-13 Ed. Clínica Risaralda Consultorio 709
E-mail: hincapieim@hotmail.com - Cel. 311 315 4508 - Pereira

	
PROFESIONAL : JUAN MANUEL HINCAPIE MEDINA	**NOMBRE :** JHONATAN ARBOLEDA BOTERO
ESPECIALIDAD : MEDICO LABORAL	**DOCUMENTO :** 1088312080
REGISTRO MEDICO : 972 - LPSST 2610-18	

RED CORTICAL CONSULTORIO NEUROPSICOLÓGICO	**PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**	**2020-07-04** **Versión: 001** **Cód. SECRETARIA DE SALUD. DHS807721** **Página 1 de 1**

SISTEMA UNICO DE HABILTACION

PRESTADOR DE SERVICIOS

NOMBRE:	**CENTRO NEUROPSICOLÓGICO RED CORTICAL S.A.S.**
DIRECCION:	CRA 23 # 45 C 31. Piso 6. Consultorio 607.

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	JHONATAN		
APELLIDOS	ARBOLEDA BOTERO		
TIPO DE ID	CC	**IDENTIFICACION:**	1088312080
EDAD:	27 años	**ASEGURADORA:**	SALUD TOTAL
DIAGNOSTICO:	***N/A***		

VALORACIÓN

FECHA:	21 de enero del 2021
DISCIPLINA:	*PSICOLOGIA*

1. **MOTIVO DE CONSULTA**	
Consultante de 27 años, quien solicita valoración psicológica primera vez para ingreso laboral.	
2. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO	**OBSERVACIONES**
DESARROLLO MOTOR	Sin dificultades
DESARROLLO DEL LENGUAJE	Sin dificultades
DESARROLLO SOCIOAFECTIVO	Sin dificultades referidas, observables ni antecedentes de trastornos afectivos, del estado de ánimo o comportamentales.

3. **ANTECEDENTES PERSONALES**		
CRITERIO	**RESPUESTA**	**OBSERVACIONES**
PERSONALES	NO	
FAMILIARES	NO	
FARMACOLOGICOS	NO	
QUIRURGICOS	NO	
HOSPITALIZACIONES	NO	
PATOLOGICOS	NO	
TRAUMATICOS	NO	

4. EXAMEN MENTAL DIRECTO

Usuario se muestra receptivo, orientado en tiempo, espacio y persona, colaborador, adecuado nivel de consciencia, lenguaje prosódico, adecuada estructura sintáctica. Impresiona cognición promedio. Porte y actitud acorde a proceso valorativo.

Paciente acude solo, consciente, orientado, colaborador. Euproxésico. Porte cuidado, edad aparente a cronológica. Afecto modulado. Volumen de voz adecuado, lenguaje con adecuada estructura gramatical, prospección positiva, niega delirios, alucinaciones, soliloquios. Sin alteraciones del sueño.

5. CARACTERIZACION PERSONAL

Se muestra recursivo, afecto modulado, amplias habilidades sociales, orientación alopsiquica y autopsiquica. Adecuadas habilidades en automonitoreo, regulación conductual promedio.

6. EVALUACION POR COMPONENTES

COMPONENTE	OBSERVACIONES
CONDUCTUAL	Logra reconocer y cumplir instrucciones, con alta velocidad en respuestas y procesamiento. Establece estrategias de monitoreo y supervisión conductual que favorece a la regulación emocional.
COGNITIVO	Impresiona cognición dentro de promedio, acorde a grupo etario y nivel educativo, alta reserva cognitiva.
SOCIOAFECTIVO	Reconoce emociones propias y en terceros. Amplio grupo social, se muestra extrovertido, integrandose adecuadamente a dinámicas grupales
FISICO	Ninguno.
FAMILIAR	Ninguno.

7. OBSERVACION CLINICA

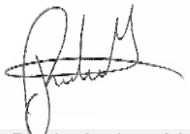
Paciente cuenta con amplios recursos cognitivos y comportamentales, descartando alguna alteración psicológica. Así mismo, no cuenta con antecedentes psiquiatricos que afecten su desempeño profesional u otras áreas de ajuste.

8. RECOMENDACIONES

- Establecer rutinas de ejercicios físicos con el fin de promover hábitos saludables y mitigar a largo plazo afectaciones emocionales.
- Propiciar espacios de descanso en intervalos no superiores a 10 minutos durante jornada laboral, además de periodos dirigidos a pausas activas.
- Mantener nutrición balanceada a fin de favorecer al estado de ánimo y evitar cualquier tipo de afectación mental.



NOMBRE: ***Andrés David Gutiérrez Romero***
PROFESIÓN: ***Psicólogo especialista en neuropsicología clínica***
UNIVERSIDAD: ***Universidad San Buenaventura***
REGISTRO: ***Reg. Colpsic. 180445***



NOMBRE: *Paola Andrea Medina González*
PROFESIÓN: *Psicóloga especialista en neuropsicología clínica*
UNIVERSIDAD: *Universidad San Buenaventura*
REGISTRO: *Reg. Colpsic. 171366*

RED CORTICAL CONSULTORIO NEUROPSICOLÓGICO	**PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**	**2020-07-04** **Versión: 001** **Cód. SECRETARIA DE SALUD. DHS807721** **Página 1 de 1**
SISTEMA UNICO DE HABILTACION		

Detekta
Laboratorio Clínico

Detekta Laboratorio Clinico Nit: 30299646 -0
Cra. 9 No. 22 - 34 Pereira - Colombia Cel: 310 4500808 Tel: 3356274 Fax: 3357800
lab.detekta@gmail.com

Fecha de Recepcion 21-ene.-2021 11:21 am
Fecha de impresion 21-ene.-2021 2:14 pm

1210053

1210053

Nº de Orden **1210053**
Paciente **ARBOLEDA BOTERO JHONATAN**
Documento Id CC 1088312080
Entidad DR JUAN MANUEL HINCAPIE

Edad: 27 Años
Telefono: 320-7677689

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA BASAL	99.2	mg/dL	65	110
Nota: Si el paciente ha tenido un ayuno mínimo de 8 horas y su resultado es mayor a 126 mg/dl, se recomienda realizar glicemia pre y post (2 Horas post carga o post desayuno)				
VALOR DE REFERENCIA EMBARAZADAS: Hasta 126 mg/dl				
Nota: Con valores superiores a 126 mg/dl, se recomienda realizar una prueba de Tamizaje (1 hora post 50 grs de glucosa)				
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL	* 215.4	mg/dL	0	200
TRIGLICERIDOS	* 223.4	mg/dL	0	200
HDL COLESTEROL	41.2	mg/dL		
VALORES DE REFERENCIA:				
Hombres:				
Sin Riesgo : 35 - 55 mg/dl				
Riesgo Moderado : < 35 mg/dl				
Mujeres:				
Sin Riesgo : 45 - 65 mg/dl				
Riesgo Moderado: < 45 mg/dl				
LDL COLESTEROL	129.5	mg/dL	0.0	130.0
VLDL COLESTEROL	44.7	mg/dL		
INDICE ANTERIAL	* 5.23		0.00	5.00

Firma Responsable

SANDRA PATRICIA DUQUE MUÑOZ
BACTERIÓLOGA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
T.P. 00832

Escaneado con CamScanner

Clínica y Boutique de la Audición

Clínica Risaralda Calle 19 Nº 5-13 Consultorio 814
Telfax: 3335886 Pereira, Colombia E-mail: clinicayboutique@gmail.com



PEREIRA - 2021-01-21

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
JHONATAN ARBOLEDA BOTERO

Tipo documento	Numero documento	Celular
CEDULA DE CIUDADANIA	1088312080	3207677689
Genero	**Edad**	**Entidad**
MASCULINO	27 Años 3 Meses 14 Dias	JUAN MANUEL HINCAPIé MEDINA

EQUIPO

MA 41

CALIBRACION
2019-03-19

ESCALA
AMERICANA

EXPOSICION A RUIDO NO INDUSTRIAL

USO DE IPOD

ANTECEDENTES PERSONALES

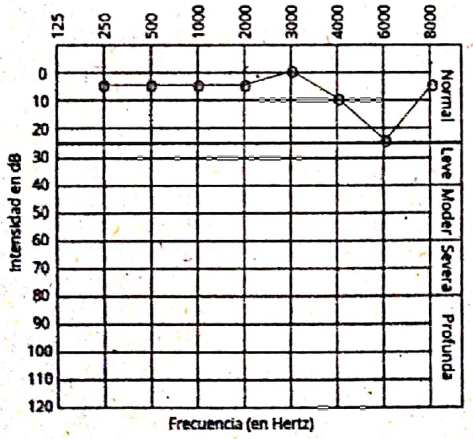
SARAMPION: NO	PAPERAS: NO	SIFILIS: NO
T.B.C.: NO	POLIO: NO	TRAUMA DE CRANEO: NO
HIPERTENSION ART: NO	DIABETES : NO	DROGAS OTOTOXICAS : NO
MAREO: NO	AMIGDALITIS : NO	OTITIS : SI
OTALGIA: NO	ALERGIAS : NO	OTORREA: SI
ACUFENOS: NO	VERTIGO: NO	HIPOACUSIA : NO
SORDERA FAMILIAR: NO	CIRUGIA DE OIDOS : NO	

HISTORIA OCUPACIONAL (RUIDO)

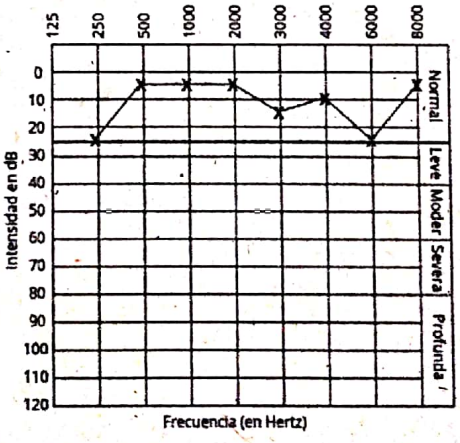
EMPRESA	OCUPACION	TIEMPO LABORAL	PROTECCION
SENA	INSTRUCTOR	1 AÑO	NO

AUDIOMETRIA

OTOSCOPIA OIDO DERECHO
NORMAL



OTOSCOPIA OIDO IZQUIERDO
NORMAL



P.T.A. PROMEDIO TONO AUDIBLE	
OIDO DERECHO	3.8
OIDO IZQUIERDO	7.5
BINATURAL	5.0

PRESBIACUSIA		
ELI	B	B
LARSEN	—	—
SAL	—	
CAOCH-GATISO	—	

OBSERVACIONES / DIAGNOSTICO
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL.

RECOMENDACIONES
- CONTROL ANUAL.

FIRMAS

X

JHONATAN ARBOLEDA BOTERO
CC 1088312080

JOHN ENAIN PINO MATURANA
766275-10

Escaneado con CamScanner

Visual Moderna
"Cuidamos de tu Salud Visual"

VISIOMETRIA

FECHA: 21/01/2021

NOMBRE: JHONATAN ARBOLEDA BOTERO

CARGO: INSTRUCTOR

C.C.: 1088312080

EMPRESA: SENA- DR JUAN MANEUL HINCAPIE

MOTIVO:
EXAMEN VISUAL DE INGRESO
NO REPORTA ALTERACIONES VISUALES

1. AGUDEZA VISUAL:
   A.VISION LEJANA SC — O.D. 20/20 — O.I. 20/20
   B.VISION CERCANA SC — O.D. 20/20 — O.I. 20/20

2.EXAMEN EXTERNO:
   O.D: NORMAL
   O.I: NORMAL

3.OFTALMOSCOPIA:
   O.D: MEDIOS TRANSPARENTES - RETINA APLICADA - EMERGENCIA DE VASOS
   O.I: MEDIOS TRANSPARENTES - RETINA APLICADA - EMERGENCIA DE VASOS

4.ESTADO FORICO: Cerca: ORTHOFORIA Lejos: EXOFORIA

5.TEST DE PROFUNDIDAD: NORMAL

6. TEST DE ISHIJARA (COLORES): NORMAL

7. DIAGNOSTICO
   O.D: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
   O.I: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

8.RECOMENDACIONES:
1. SE DAN RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA UN BUEN ESTADO DE SALUD VISUAL Y OCULAR
2. SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA A NIVEL VISUAL

9.OBSERVACIONES:
1. NO NECESITA CORRECCION OPTICA PARA SU PUESTO DE TRABAJO
2. SE EXPLICA EL CONCEPTO VISUAL QUIEN DICE ENTENDER Y COMPRENDER

10.CONTROL: 12 MESES

Edwin Adrian Isaza Ruiz
OPTOMETRA
Especialista en Salud Ocupacional
Reg. 0472-04 / 3472

Dr. EDWIN ADRIAN ISAZA RUIZ
Director Científico
Optómetra - Contactólogo Reg.0472-04 TP2478
Especialista en Salud Ocupacional LPSST-215-16

Calle 19 No. 5-13 Cons. 811
Centro Médico Clínica Risaralda
PBX: 335 7053 - 324 4050
opticavisualmoderna@hotmail.com
visualmoderna@miune.net
www.opticavisualmoderna.com
Pereira - Risaralda

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JHONATAN ARBOLEDA BOTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1088312080 realizó el día 12/02/2021 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 JHONATAN ARBOLEDA BOTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1088312080 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.



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

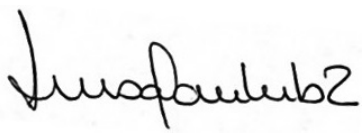
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JHONATAN ARBOLEDA BOTERO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.088.312.080, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha 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): 202101012326445.

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JHONATAN - ARBOLEDA BOTERO *Identificado con* *CC1088312080*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0508 PARQUE LA ARBOLEDA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24095260510*
Fecha de Apertura	:	*05 de julio de 2019*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN PUEDA INTERESAR
Realizada en la oficina 0511 PEREIRA de la ciudad de PEREIRA, el día viernes, 22 de enero de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
E3S0C5A0 - ESTEFANIA SALAZAR CHITO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social | Establecimiento Bancario

Escaneado con CamScanner

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

PÓLIZA
ISC000000708

equidad seguros
NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	PRODUCTO	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100009	CERTIFICADO	0	DOCUMENTO : Nuevo	TEL: 3170000
AGENCIA	SUC. PEREIRA			DIRECCIÓN CLL 14 N°13-52	

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
1	2	2021	DESDE	1	2	2021	HORA	00:00	1	2	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	25	4	2022	HORA	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	JHONATAN ARBOLEDA BOTERO			NIT/CC 1088312080
DIRECCIÓN	SIERRA VERDE BLOQUE 3 APTO 305	E-MAIL	FTJHONATANAB@GMAIL.COM	TEL/MOVIL 3207677689
ASEGURADO	SENA REGIONAL QUINDIO			NIT/CC 899999034
DIRECCIÓN	CRA. 18 NO. 4-2	E-MAIL	SINCORREO@HOTMAIL.COM	TEL/MOVIL 7494999
BENEFICIARIO	SENA REGIONAL QUINDIO			NIT/CC 899999034
DIRECCIÓN	CRA. 18 NO. 4-2	E-MAIL	SINCORREO@HOTMAIL.COM	TEL/MOVIL 7494999
AFIANZADO	JHONATAN ARBOLEDA BOTERO			NIT/CC 1088312080
DIRECCIÓN	SIERRA VERDE BLOQUE 3 APTO 305	E-MAIL	FTJHONATANAB@GMAIL.COM	TEL/MOVIL 3207677689

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD	ARMENIA (QUINDIO)
DEPARTAMENTO	QUINDIO
LOCALIDAD	ARMENIA (QUINDIO)
DIRECCION	ARMENIA (QUINDIO)
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$ 2,019,830

VIGENCIAS GARANTIA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DIAS DE VIGENCIA
2021-02-01	2022-04-25	448

VALOR A SEGURADO TOTAL	$ 2,019,830
NUMERO DE RIESGOS	

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 14,000	$ 5,000	$ 3,610	$ 22,610

FORMA DE PAGO Contado

COASEGURO	
COMPAÑÍA	PARTICIPACION

ENTIDAD BANCARIA

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
901165056	AVALAR SEGUROS LTDA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. VIGILADA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

equidad seguros

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	**PRODUCTO**	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100009	**CERTIFICADO**	0	**DOCUMENTO : Nuevo**	**TEL:** 3170000
AGENCIA	SUC. PEREIRA			**DIRECCIÓN** CLL 14 N°13-52	

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
1	2	2021	DESDE	1	2	2021	HORA	00:00	1	2	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	25	4	2022	HORA	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	JHONATAN ARBOLEDA BOTERO			**NIT/CC** 1088312080	
DIRECCIÓN	SIERRA VERDE BLOQUE 3 APTO 305	**E-MAIL**	FTJHONATANAB@GMAIL.COM	**TEL/MOVIL** 3207677689	

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 14082019-1501-P-05-00000000000000403-DI00, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

*** OBJETO***

PRESTACION DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2197113 - ID SECOP. CO1.SLCNTR.6229115.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000515438

Escaneado con CamScanner

Comprobante

de pago en línea

La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo

Pago realizado por: NATALIA JIMENEZ BOTERO

Nro. de factura: 20000019766511

Descripción del pago: Seguros Generales La Equidad

Nro. de referencia: 190.60.254.238

Nro. de referencia 2: CÉDULA CIUDADANÍA

Nro. de referencia 3: 1088312080

Fecha y hora de la transacción: Lunes 1 de Febrero de 2021 06:00:32 PM

Nro. de comprobante: 0000000032

Valor pagado: $ 22,610.00

Cuenta: *******4936

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

6:01 PM

mediosdepago.transfiriendo.com

Pago.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Equidad Seguros Generales
Razón Social:	EQUIDAD SEGUROS
Nit:	8600284155
No Factura:	20000019766511
Canal:	190.60.254.238
Nro. Identificación:	CÉDULA CIUDADANÍA
Banco:	BANCOLOMBIA
Valor:	$22,610.00
Fecha:	01/02/2021
No transacción - CUS:	879264850
Estado Transacción:	Transacción APROBADA. Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con EQUIDAD SEGUROS en el Tel: 57-1-2542994

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion

isoat

equidad seguros