

CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS

Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	23
Código Centro	911510
Fecha Elaboración	Febrero de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1,21
ID de Proceso	90185-868627
No. de documento	5012

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:		EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS		C.C.		72.167.782		IP/N° de contacto		53527	
Correo electrónico contratista:		eperezg@sena.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 ?		SI	
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		946054004	
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:	2169657/2021	Nº Compromiso SIIF		9721			
Valor Total del Contrato	\$ 29.700.000	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.300.000,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 29.700.000		Del	01/02/2021	Al		28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.400.000			Comisiones \$ 0.00			

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARATER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR DE CORDOBA
---	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.300.000	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	\$ 3.300.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.945.350	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	-----	0000		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.320.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente	1.945.350,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 165.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.923.800,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 211.200	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL II	\$ 13.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	5.848,00
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
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 330.000		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -			0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 648.450		Descuentos de Libranza	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
			VALOR A PAGAR	\$ 3.294.152,00

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DESARROLLO DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN OFERTA REGULAR EN LOS PROGRAMAS TECNICOS: TECNICO EN PROCESAMIENTO DE INFORMACION DE MERCADOS_FICHA_2164114 EN EL MUNICIPIO DE CERETE, TECNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA_FICHA_2183399 EN EL MUNICIPIO DE LORICA, TECNICO EN INTEGRACION DE OPERACIONES LOGISTICAS_FICHA_2164310 EN EL MUNICIPIO DE LORICA Y TECNICO EN INTEGRACION DE OPERACIONES LOGISTICAS_FICHA_2203576 EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA.

ELABORACION DE GUIAS DE APRENDIZAJE DEL PROGRAMA TECNICO EN PROCESAMIENTO DE INFORMACION DE MERCADOS_FICHA 2164114 Y DEL PROGRAMA TECNICO EN INTEGRACION DE OPERACIONES LOGISTICAS FICHA 2203576
--

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.

EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor.

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

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

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

CESAR AUGUSTO ROBLES CONTRERAS
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Bogotá, Febrero 11 de 2021

Señor:
PEREZ GRANADOS EDISON BERNARDO
CC. 72167782
MZ 8 LT 20 BRR VILLA SORRENTO - 0
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 Agosto 28 de 2016. 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
PEREZ GRANADOS EDISON BERNARDO	72167782	C	Ago-28-2016	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
CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	72167782	Dependiente	CERRADO
CORPORACION TECNOLOGICA DE CORDOBA	72167782	Dependiente	CERRADO
CORPORACION TECNOLOGICA DE CORDOBA	72167782	Dependiente	CERRADO
CORPORACION TECNOLOGICA DE CORDOBA	72167782	Dependiente	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	72167782	Trabajador Independiente	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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4006102965

Fecha de Radicación

1/8/01/2/02/1

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres PEREZ Primer apellido	7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 72167782	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 1/5/01/91/97/0
--	--------------------------------------	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>	12. Discapacidad Tipo ☒ FINM Condición ☐ TIP	13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>	14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 908526	
18. Residencia MZ 8 LT 20 BRR VILLA SORRENT Dirección	19. Teléfono fijo 3007222716	20. Teléfono celular EDIEP70@HOTMAIL.COM	
21. Municipio/Distrito MONTERIA	22. Zona Urbana ☒ Rural ☐	23. Localidad / comuna CORDOBA	
24. Departamento CORDOBA			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

25. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
26. Tipo documento de identidad	27. Número documento identidad	28. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	29. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

30. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	31. Tipo documento de identidad	32. Número de identidad	33. Sexo Femenino Masculino	34. Fecha de nacimiento
--	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------

35. Parentesco	36. Etnia	37. Discapacidad Tipo F M T P	38. Condición
39. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	40. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		

41. Selección de la IPS Primaria 42. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS UAB SINU CENTRO VS UOD PERLA DEL SINU	43. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSSINUCENT VSUODPERLA
--	--

44. Datos de identificación del empleador y otros aportantes de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio 45. Nombre o razón social EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS	46. Tipo de identificación CC	47. Número de documento de Identificación 72167782	48. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
49. Ubicación MZ 8 LT 20 BRR VILLA SORRENT Dirección	50. Teléfono 3007222716	51. Correo electrónico EDIEP70@HOTMAIL.COM	52. Municipio/distrito MONTERIA
53. Departamento CORDOBA			

M-PYGA-F001 V 1.0-201

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

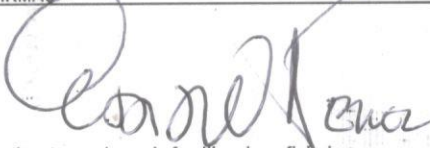
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha		
☐		Femenino ☐	Masculino ☐		1/8/01/2/02/1		
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: ☐	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐		
70. Datos funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario				
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre		Segundo nombre		
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad					
☐						
Observaciones						

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Fecha de impresión 27/01/2020 5.45 PM

FECHA DEL EXAMEN 2020-01-27 16:09:00



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS		EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS						
IDENTIFICACION	CC	72167782	EDAD	49 Años		SEXO	M	
ESTADO CIVIL		CASADO (A)	ESCOLARIDAD	PROFESIONAL		FECHA DE NACIMIENTO		15/09/1970
LUGAR DE NACIMIENTO		BARRANQUILLA	DIRECCION	URBANIZACION VILLA SORENDO			Estrato	1
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	Córdoba	MUNICIPIO	Montería		TELEFONOS	3007222716	
GRUPO FAMILIAR								
ARL		NO REFIERE						
EPS		SALUD TOTAL S.A. E.P.S.						
SEDE		MONTERIA						

LABORATORIO CLINICO

GLICEMIA UNIDAD MEDIDA VALOR REFERENCIA

RESULTADO 85 MG/DL
VALORES DE REFERENCIA: 70 A 110 MG/DL

INTERPRETACION: NEONATO PREMATURO: 25 A 80 MG/DL
NEONATO A TERMINO: 30 A 90 MG/DL
NIÑOS, ADULTOS : 70 A 110 MG/DL

IMAGEN

CUADRO HEMATICO UNIDAD MEDIDA VALOR REFERENCIA

ERITROCITOS	4.93	millones/mm3	4.0-5.5 millones/mm3
HEMOGLOBINA	16.6	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	41.8	%	36.0-52.0%
VCM	84.8	fl	76-96fl
HCM	33.6	pg	27.0-32.0pg
CHCM	39.7	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	14.3	%	<15.0%
LEUCOCITOS	8.100	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO DIFERENCIAL %

GRANULOCITOS	59.0	%	50-70%
LINFOCITOS	35.1	%	25-40%
MIXTAS	5.9 MONOCITOS	%	3-7%

RECUENTO DIFERENCIAL MM3

GRANULOCITOS	4.77	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	2.84	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	477.9	mm3	150-750mm3

RECUENTO PLAQUETARIO

PLAQUETAS	196.000	mm3	150.000-400.000mm3
-----------	---------	-----	--------------------

PERFIL LIPIDICO - TÉCNICA: COLORIMETRÍA-PUNTO FINAL

UNIDAD MEDIDA VALOR REFERENCIA

COLESTEROL TOTAL	149 MG/DL	mg/dl	Deseable: < 200mg/dl, Intermedio alto: 200 - 239mg/dl, Alto: Igual o >240mg/dl
------------------	-----------	-------	---

Fecha de impresión 27/01/2020 5.45 PM

TRIGLICÉRIDOS	138 MG/DL	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl
COLESTEROL HDL	37.2 MG/DL	mg/dl	Normal:>40 mg/d
COLESTEROL LDL	84.2 MG/DL	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl
COLESTEROL VLDL	27.6 MG/DL	mg/dl	Normal: 6 - 34 mg/dl

PAOLA ANDREA ENSUNCHO SUAREZ
C.C 1067922184 R:M 1067922184
Firma y sello del Médico Evaluador

* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

FECHA DE EXAMEN 27/1/2020

TIPO DE EXAMEN

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS			EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS										
IDENTIFICACION		CC	72167782		SEXO	M	EDAD	49 Años		FECHA DE NACIMIENTO		15/09/1970	
LUGAR DE NACIMIENTO			BARRANQUILLA										
PROCEDENCIA		DEPARTAMENTO			CÓRDOBA				MUNICIPIO		MONTERÍA		
DIRECCION		URBANIZACION VILLA SORENDO							TELEFONOS		3007222716		
ESTRATO		1	ESCOLARIDAD			PROFESIONAL				ESTADO CIVIL		CASADO (A)	
EPS			SALUD TOTAL S.A. E.P.S.										
ARL			NO REFIERE										
FONDO DE PENSIONES			NO REFIERE										
ENTIDAD			PARTICULAR/MONTERIA										
ACTIVIDAD ECONOMICA			NO REFIERE						CARGO		INSTRUCTOR SEN		



ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	NO	
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	

MOTIVO CONSULTA

VISION BORROSA	NO	
ARDOR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
PRURITO	NO	
CEFALEA	NO	
ASTENOPIA	NO	
SALTO DE RENGLON	NO	
FOTOFobia	NO	
SECRECION	NO	
DOLOR OCULAR	NO	
VISION DOBLE	NO	
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO	
MAREO	NO	
VERTIGO	NO	
MIODESOPSIAS	NO	
OTROS	NO APLICA	

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

CON CORRECCION OD	20/25
CON CORRECCION OI	20/25
CON CORRECCION AO	20/25

VISION PROXIMA

CON CORRECCION OD	20/40
CON CORRECCION OI	20/40
CON CORRECCION AO	20/40

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES

PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE	NO	
------------------------------------	----	--

EL EXAMEN?

COVER TEST

LEJOS	ORTO
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	4 CMS
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OI	FON
OI	FON

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	20/
DINAMICA	ADD
CICLOPLEJIA	AV

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	20/
DINAMICA	ADD
CICLOPLEJIA	AV

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL	
ESTERIOPSIS	NORMAL	
TITMUS	NO	

DIAGNOSTICOS

Examen de oídos y de la audición: Z011

MIOPIA

H522: Astigmatismo

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO	
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	SI	CONTROL CON OPTOMETRIA PARA CAMBIOS DE LENTES

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

E. C. B.

RM: 1

Firma y sello del Médico Evaluador

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/02/2019 07:40:00** Empresa **SOLUCIONES INTEGRALES R&S**

Nombre **EDINSON BERNARDO PEREZ GRANADOS**

Cargo **ASESOR**

Doc. Identidad **CC 72167782**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO ENFASIS
OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR

2 PSICOMETRICO

3 OPTOMERIA

4 PRUEBAS LABORATORIO

5

6

7

8

9

EXAMEN DE INGRESO

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
EXAMEN DE RETIRO		SI NO
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☒ Auditivo ☒ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☒ Ergonómico ☒ Otros ☐

REMISIÓN

SI ☒ NO ☐ ARL

SI ☐ NO ☐ EPS

SI ☒ NO ☐

Lorena P. Reyes Gutierrez
MD. Esp. Salud Ocupacional
R.M. 522197 - L.O. 0334

LORENA PATRICIA REYES GUTIERREZ
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 32760982 RM: 0622/97 L.O 0334

Edinson Perez

Trabajador: EDINSON BERNARDO PEREZ
CC 72167782

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

****EXAMENES REALIZADOS:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR. VISIONOMETRIA, LABORATORIOS.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: *VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU EPS.

RECOMENDACIONES GENERALES LABORALES:

La imageri de la pantalla deberá ser estable, sin destellos, centelleos u otras formas de inestabilidad. La pantalla deberá ser orientable e inclinable a voluntad, con facilidad para adaptarse a las necesidades del usuario. Debe ser independiente del resto del equipo, con el fin de que pueda colocarse en la posición más cómoda para el trabajador. La disposición del teclado debe permitir que se maneje de una forma cómoda y precisa. Su superficie debe ser mate -para evitar reflejos- y no debe tener esquinas ni aristas agudas.

La Silla ergonómica idealmente debe ser regulable en altura e inclinación: o La altura del asiento debe ser ajustable. o El respaldo debe tener una suave prominencia que permita el apoyo lumbar (para la parte baja de la espalda) y ayude a mantener una postura correcta. Debe ser ajustable en altura. También en inclinación, para facilitar la relajación ocasional de la espalda.

El mouse debe adaptarse a la curva de la mano, siendo redondeado, sin aristas ni esquinas. o El movimiento por la superficie sobre la que se desliza debe resultar fácil. o Se utilizará tan cerca del lado del teclado como sea posible. o Tendrá que permitir el apoyo de la mano o muñeca en la mesa de trabajo, favoreciendo así la precisión en su manejo. o Ha de ser adecuado para su manejo por diestros y zurdos.

En aquellos casos en los que la iluminación natural combinada con la artificial no sea suficiente para iluminar el puesto de trabajo adecuadamente, se instalará una luz localizada. En todo caso, la luz localizada ha de ser la última opción, ya que en la medida de lo posible debemos trabajar en un equilibrio de luminancia entre nuestro puesto de trabajo y el entorno.

La temperatura es una variable de gran importancia en el confort y satisfacción de los trabajadores. La percepción de frío o de calor excesivos en oficinas y despachos genera malestar y puede producir estrés. De ahí que se recomienden intervalos de confort, para asegurar el bienestar.

Es necesario que el diseño del puesto de trabajo tenga en cuenta las dimensiones corporales de los trabajadores los movimientos y la alternancia de posturas son indispensables para prevenir la fatiga y, por tanto, para garantizar la eficacia en el trabajo.

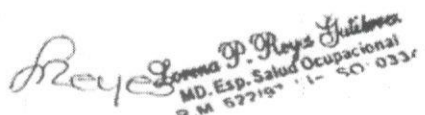
Realizar espontáneamente pequeñas pausas periódicas. o Alternar tareas y cambiar de actividad en la medida en que sea posible. Contribuir al mantenimiento de un buen clima laboral y cuidar las relaciones con tus compañeros.

Contribuya a mantener las zonas del área de trabajo limpias y libres de obstáculos, favorece el bienestar y evita accidentes por caídas.

RECOMENDACIONES HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES: practique ejercicio regular 4 veces por semana como mínimo (Caminata vigorosa y enérgica, trote, natación, ciclismo u otra actividad deportiva), por 45 minutos..

INCLUIR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA para riesgo y conservación auditiva, visual, ergonómica y riesgo psicosocial.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.


LORENA PATRICIA REYES GUTIERREZ
MD. Esp. Salud Ocupacional
R.M. 52219-1-50-0334

LORENA PATRICIA REYES GUTIERREZ
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 32760982 RM: 0622/97 L.O 0334


Trabajador: EDINSON BERNARDO PEREZ
CC 72167782

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



Hace constar:

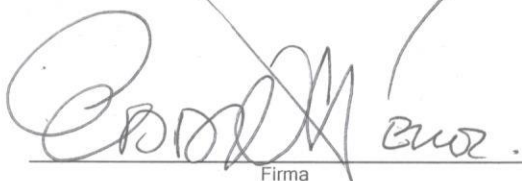
Que el Sr(a) EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72167782 realizó el día 10/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72167782 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 -



02/10/2021



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 EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72.167.782, 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 30/10/2021 con riesgo 2.

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): 202101012276633.

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

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 72.167.782** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 946054004** abierta el **27 de enero de 2020**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **15** días del mes de **enero** del año **2021**.

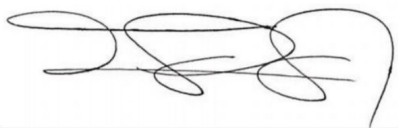
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0946054004**

Cuenta de 16 dígitos: **0946000200054004**

Cuenta de 20 dígitos: **00130946000200054004**

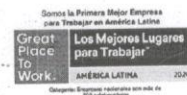
Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401243042

PÓLIZA No: 540-47-994000014082 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA**

COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
29 01 2021
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
29 01 2021
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **EDISON BERNARDO PEREZ GRANADOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **72.167.782**

DIRECCIÓN: **MZ 8 LT 20 URB VILLA SORRENTO**

CIUDAD:

TÉLEFONO: **3007222716**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO

01/02/2021

01/05/2022

2,970,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2169657 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR DE CORDOBA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****2,970,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****16,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****9,000.00

IVA:
\$ *****4,750

TOTAL A PAGAR:
\$ *****29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO
INGRIS SOLEY SAEZ LOPEZ

CLAVE
9347

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la pagina www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000540124304

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE



CBDC20790D0BFF7E5B