

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL ANTIOQUIA</p> <p align="center">CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - EMPRENDE RURAL</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	<p>5</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>920610</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>26 de Febrero de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2021 - 1,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>19001-393734</p>
		<p>No. de documento</p>	<p>5436</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>cdelvalle@sena.edu.co</p>		<p>1.065.868.610</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>43317</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO DE BOGOTA</p>		<p>Es declarante de renta?</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>Es Pensionado?</p>
<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>
<p>Tipo de cta</p>		<p>AHORROS</p>		<p>N° Cuenta</p>
<p>N° Cuenta</p>		<p>116365073</p>		
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>	<p>2225765/2021</p>	<p>N° Compromiso SIIF</p>	<p>19321</p>	
<p>Valor Total del Contrato</p>	<p>\$ 39.040.000</p>	<p>N ° Pago</p>	<p>1</p>	<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>	<p>\$ 39.040.000</p>	<p>Del</p>	<p>08/02/2021</p>	<p>Al</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>	<p>\$ 36.046.933</p>	<p>Comisiones</p>	<p>\$ 0,00</p>	<p>Valor Bruto Pago</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>		<p>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.</p>		
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>	<p>\$ 2.993.067</p>	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	<p>0,00%</p>	
<p>Ingresos por comisiones</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>	<p>\$ 2.993.067</p>	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>	<p>\$ 1.764.345</p>			
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>	<p>Febrero</p>	<p>Enero</p>	<p>Valor Base retención en la fuente</p>	<p>1.764.345,00</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>	<p>\$ 1.197.227</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>	<p>2.651.767,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>	<p>\$ 149.700</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Valor base IVA</p>	<p>0,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>	<p>\$ 191.600</p>	<p>\$ 0</p>	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>	<p>0,00</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos Retención en la Fuente</p>	<p>0,00</p>
<p>ARL II</p>	<p>\$ 12.500</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos Retención IVA</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>	<p>\$ -</p>		<p>Retenida - 8299</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>	<p>\$ -</p>		<p>Jaime Isaza Cadavid</p>	<p>0,00</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>	<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>	<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>		<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>		<p>Descuentos de Libranza</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>		<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>	<p>0,00</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>	<p>\$ 299.307</p>		<p>VALOR A PAGAR</p>	<p>\$ 2.981.095,00</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>	<p>\$ -</p>			
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>	<p>\$ 588.115</p>			
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>	<p>\$ -</p>			
<p align="center">SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural, en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER.</p>				
<p align="center">PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.</p>			<p align="center">CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>			<p align="center">Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>	
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</p>			<p align="center">GUILLERMO LEON PELAEZ HENAO INSTRUCTOR G18</p>	
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">OLGA LUCIA LOPERA LOPERA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

CERTIFICADO DEPENDIENTES

SEÑORES

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi ciudad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionada a continuación, tiene (n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Registro Civil	1037134559	LUCIANA DEL VALLE OBREGÓN	HIJA
----------------	------------	----------------------------------	-------------

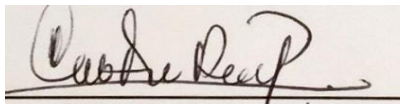
Toda vez cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tenga hasta los 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficiario de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
CC 1065868610 DE AGUACHICA – CESAR.



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

58146136

NUIP 1037134559

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 5 4 D

País - Departamento - Municipio - Consorcio o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - CHIGORODO - NOTARÍA 1 CHIGORODO

Datos del inscrito

Primer Apellido DEL VALLE Segundo Apellido OBREGON

LUCIANA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

Año 2 0 2 0 Mes Día Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Consorcio o Inspección) B POSITIVO

COLOMBIA - ANTIOQUIA - CHIGORODO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 160450436

Datos de madre o padre (Para casos de puértilos indígenas con líneas matrilineales o patrilas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OBREGON PALOMINO MARTA ALEJANDRA

CC No. 1032362270 COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de puértilos indígenas con líneas matrilineales o patrilas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

CC No. 1065868610 COLOMBIA

Datos de Declaración

Apellidos y nombres completos

DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

CC No. 1065868610

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Datos de Declaración

Apellidos y nombres completos

Datos de Declaración

Apellidos y nombres completos

Datos de Declaración

Apellidos y nombres completos

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 0 Mes Día

Nombre y firma de funcionario que autoriza

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

RAMSES ESCOBAR HENAO

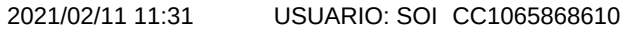
RAMSES ESCOBAR HENAO

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600
SUBTOTALES:									\$ 113.600				\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600

[illegible]

TOTAL	\$ 113.600
--------------	-------------------



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1065868610**, se encuentra afiliado/a desde **24/10/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



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 CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.065.868.610, 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 16/12/2021 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): 202101012232489.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065868610 realizó el día 11/02/2021 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 CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1065868610 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.

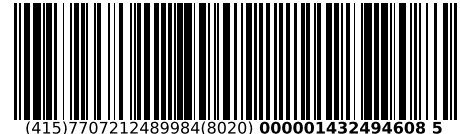
Firma

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

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14324946085



(415)7707212489984(8020) 000001432494608 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 5 8 6 8 6 1 0

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 6 5 8 6 8 6 1 0

27. Fecha expedición

2 0 0 5, 0 5, 0 3

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cesar

2 0

30. Ciudad/Municipio

Aguachica

0 1 1

31. Primer apellido

DEL VALLE

32. Segundo apellido

PALLARES

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 115 A 89 20 IN 13 AP 204

42. Correo electrónico

carlosdelvalle87@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 7 9 4 4 2 0 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 1 0, 2 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

2 3 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0 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

20- Obtención NIT

COPIA DOCUMENTO

COPIA DOCUMENTO

COPIA DOCUMENTO

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2015 - 01 - 21

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 PINZON CAMACHO MARTHA PATRICIA

985. Cargo Gestor II

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARLOS DEL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.065.868.610 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 116365073, abierta/o desde el 19/7/2012.

Se expide en Bogotá el día 25 del mes de Enero del año 2021 con destino a: Servicio Nacional De Aprendizaje - SENA



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)



Ciudad y Fecha de Expedición MEDELLIN, 07 DE FEBRERO DE 2021	Póliza 2882751-4	Documento 13516545
Intermediario GESTION SEGURA LTDA AGENCIA DE SEGUROS	Código 13830	Oficina 2599
		Referencia de Pago 01213516545

TOMADOR

CEDULA 1065868610	Razón Social y/o Nombres y Apellidos CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
Dirección CALLE 161 # 20-85 APTO 302	Ciudad BOGOTÁ D.C.
	Teléfono

GARANTIZADO

CEDULA 1065868610	Nombres y Apellidos CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
----------------------	---

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

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

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05-FEB-2021	07-ABR-2022	3.904.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VER. PRIMA SIN IVA	VER. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde 05-FEB-2021	Hasta 07-ABR-2022	Días 426	Desde 05-FEB-2021	Hasta 07-ABR-2022	\$40.000	\$7.600	\$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de: POLIZA NUEVA	Valor Asegurado Movimiento \$3.904.000	Prima Anual \$11.712	Total Valor Asegurado \$3.904.000,00
-------------------------------	---	-------------------------	---

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

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACION	MONEDA	COASEGURO	NUMERO POLIZA LIDER	DOCUMENTO COMPANIA LIDER
012	NDX	2599	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

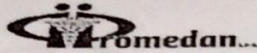
CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPANIA	CATEGORIA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA
T3830	GESTION SEGURA LTDA AGENCIA DE SEGUROS	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	40.000

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

Proceso de selección: Prestación de servicios
NRO. DE CONTRATO COI.PC CNTR.2225765.
OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



EXAMEN MEDICO GENERAL

NOMBRE: CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES, EDAD: 32 AÑOS.

CEDULA DE CIUDADANIA # 1065868610.

ENFERMEDAD ACTUAL: CERTIFICADO PARA TRABAJO.

PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN SANTA ROSA DE OSOS, ANTIOQUIA, PROFESIONAL: INGENIERO AGROINDUSTRIAL, TELEFONO # 3144384976, ESTADO CIVIL UNION LIBRE, REFIERE NO TENER SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA ACTUALMENTE, ACUDE PARA EXAMEN MEDICO GENERAL.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- PATOLOGICOS: RINITIS ALERGICA DESDE HACE 20 AÑOS.
- ALERGICOS: NEGATIVO.
- INFECCIONES: NEGATIVO.
- DIABETES: NIEGA.
- HTA: NIEGA.
- CANCER: NIEGA.
- CARDIOPATIA: NIEGA.
- FRACTURAS Y TRAUMAS NEGATIVOS.
- QUIRURGICOS: NIEGA. INTOXICACIONES: NIEGA.
- HOSPITALIZACIONES: NO.
- TRANSFUSIONES: NIEGA HABITOS: NIEGA.
- ALCOHOLISMO: NIEGA.
- TABAQUISMO: NIEGA.
- SEDENTARIO: NO.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ABUELA MATERNA: HIPERTENSION Y DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUIRIENTE.

EXAMEN FISICO:

- PESO: 91 KG, TALLA: 1.77 CM. PESO Y TALLA NORMAL CON IMC: 29.05. (SOBREPESO).
- TENSION ARTERIAL: 104/64 mm/Hg.
- FRECUENCIA CARDIACA: 92 Latidos en 1 minuto.
- FRECUENCIA RESPIRATORIA: 21 Respiraciones en 1 minuto.
- TEMPERATURA: 37°C.

EXAMEN DE LA VISION:

- OJO DERECHO: 20/13.
- OJO IZQUIERDO: 20/10.

CAPACIDAD AUDITIVA:

- *OIDO DERECHO: CONSERVADO.
- *OIDO IZQUIERDO: CONSERVADO.



- **OJOS:** CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS REFLEJO CONSENSUAL Y DIRECTO POSITIVOS. ESCLERAS NORMOCROMICAS. MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES NO SE OBSERVA SECRECION NO NORMAL O TUMORES EN EL PARPADO.
- **OROFARINGEO:** AMIGDALAS SIN PLACAS, VELO DEL PALADAR SIMETRICO. REFLEJO NAUSEOSO PRESENTE OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO SIN LESIONES, CERUMEN EN CANTIDAD NORMAL, MEMBRANA TIMPANICA NACARADA INTEGRAL, CONO LUMINOSO PRESENTE. TABIQUE NASAL RECTO, MUCOSA NASAL NORMAL, CORNETES SIN ALTERACION.
- **CUELLO:** MOVIL, NO INGURGITACION YUGULAR, NO SOPLOS, NO ADENOPATIAS TIROIDE PALPABLE DE TAMAÑO Y CONSISTENCIA NORMAL. NO NODULO.
- **TÓRAX:** EXPANSIBLE Y SIMÉTRICO SIN TIRAJES PULMONES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS PUNTO DE MAXIMO IMPULSO EN 5 EI LMCI RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, GALOPE O FROTE.
- **ABDOMEN:** SIMETRICO SIN CICATRICES RUIDOS INTESTINALES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI MEGALIAS, NO SX DE IRRITACION PERITONEAL PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL.
- **GENITOURINARIO:** NO SE EXPLORA.
- **EXTREMIDADES:** EUTROFICAS SIN EDEMAS.
- **SNC:** SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE
- **PIEL:** HUMEDA, SIN SIGNOS DE INFECCION.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. EXAMEN MEDICO DENTRO DE LOS PARAMETRO DE LO NORMAL. SIN APARIENCIA DE ENFERMEDAD AGUDA NI CRONICA.

****INCAPACIDAD:** NO.

****EXAMENES DE LABORATORIO:** NO

****OBSERVACIONES:** NINGUNA.

****ACTO PARA VIVIR EN COMUNIDAD:** SI.

****ACTO PARA TRABAJAR:** SI.

M. Alejandra Obregón P.
C.C. 1032362270
UNI. METROPOLITANA

DRA. MARIA ALEJANDRA OBREGON PALOMINO.
MEDICO GENERAL.
CC# 1032362270 DE BOGOTA D.C

Carrera 49 # 45 - 35 Itagui PBX: 4441117 Telefono: 4441117

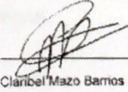
No Orden :	202001259017	Ips:	IPS CHIGORODÓ
Paciente:	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	Eps:	PARTICULAR
Documnto Id:	1065868610	Telefono:	3144384976
Medico:	MEDICO EXTERNO	Fecha de Ingreso:	2020-01-25 09:41
Edad:	32 Años	Fecha de Impresion:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMOGRAMA TIPO IV			
HEMATOLOGÍA GENERAL			
Hemoglobina HB	14.40	g/dL	14.00 - 17.50
Hematocrito HTO	43.90	%	40.00 - 52.00
Eritrocitos RBC	5.31	10 ⁶ /mm ³	4.20 - 6.22
Volumen Corpuscular Medio VCM	82.70	fL	80.00 - 94.00
Hemoglobina corpuscular medio HCM	27.1	pg	
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular Media CHCM	32.80	g/dL *	33.00 - 37.00
Rango Distribucion Eritrocitaria ADE	13.20	%	11.50 - 14.50
Leucocitos WBC	5.61	10 ³ /mm ³	4.80 - 11.00
Neutrofilos %	48.30	%	45.00 - 74.00
Neutrofilos Valor Absoluto	2.71	mm ³	2.00 - 7.40
Linfocitos %	38.50	%	16.00 - 45.00
Linfocitos Valor Absoluto	2.16	mm ³	
Eosinofilos %	2.90	%	0.00 - 7.00
Eosinofilos Valor Absoluto	0.16	mm ³	
Monocitos %	8.90	%	3.00 - 10.00
Monocitos Valor Absoluto	0.50	mm ³	0.10 - 1.00
Basofilos %	0.90	%	0.00 - 2.00
Basofilos Valor Absoluto	0.05	mm ³	0.00 - 0.20
Granulocito Inmaduro %	0.5		0.0 - 3.0
Granulocito Inmaduro #	0.03		0.00 - 0.30
Normoblastos %	0.0		
Normo Blastos #	0.00		
Recuento de Plaquetas PLT	221	10 ³ /mm ³	150 - 500
Volumen Plaquetario Medio	10.3	fL	5.0 - 15.0

Técnica: Citometria de Flujo

Fecha Validacion y
Responsable:

25/01/2020 13:26:36


Claniel Mazo Barrios
Bacteriologo y Laboratorio Clínico
Reg. 5-1978-2012

QUIMICA

GLUCOSA EN SUERO	79.00	mg/dL	70.00 - 100.00
------------------	-------	-------	----------------

Valores en ayunas entre 100 - 125 mg/dL son indicativos de pre- diabetes
Valores iguales o mayores a 126 mg/dL se debe confirmar diabetes mellitus
Valores iguales o mayores a 200 mg/dL 2 horas post carga de 75g son confirmatorios para diabetes mellitus

VALORES DE REFERENCIA SEGÚN CRITERIOS ADA 2019- STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES.

Técnica:HEXOQUINASA-UV

CARRERA 49 # 45 - 35 ITAGUI PBX: 4441117 TELEFONO: 4441117 - Laboratorio@promedan.com.co

WWW.PROMEDAN.COM.CO

LABORATORIO CLINICO PROMEDAN S.A

Carrera 49 # 45 - 35 Itagui PBX: 4441117 Telefono: 4441117

No Orden :	202001259017	Ips:	IPS CHIGORODÓ
Paciente:	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	Eps:	PARTICULAR
Documnto Id:	1065868610	Telefono:	3144384976
Medico:	MEDICO EXTERNO	Fecha de Ingreso:	2020-01-25 09:41
Edad:	32 Años	Fecha de Impresion:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

Fecha Validacion y Responsable: 25/01/2020 12:59:04

Proceso de Autovalidación autorizada por la
Coordinadora de Laboratorio Clínico
Dra. Sandra Milena Pérez Reg. 5-1661-09

TRIGLICERIDOS

153.00

mg/dL * 50.00 - 150.00

Interpretación (Guías ATP III del NCEP):
Limite normal alto: 150-199 mg/dL
Limite alto: 200-499 mg/dL
Limite muy alto: Mayor de 500 mg/dL.

Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su médico analiza individualmente.

Técnica:Enzimático- Colorimetrico

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

23.21

mg/dL * 40.00 - 60.00

Técnica:Enzimático- Colorimetrico

COLESTEROL TOTAL

118.00

mg/dL * 120.00 - 200.00

Interpretación (Guías ATP III del NCEP):

Nivel Deseable: Menor de 200 mg/dL
Nivel en Limite Alto: 200 mg/dL - 239 mg/dL
Nivel Francamente elevado: Mayor de 240 mg/dL

Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su médico analiza individualmente.

Técnica:Enzimático- Colorimetrico

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL CALCULADO

64.19

mg/dL

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Optimo: Menor de 100 mg/dL
Casi óptimo: 100 a 129 mg/dL
Limite de nivel elevado: 130 a 159 mg/dL
Elevado: 160 a 189 mg/dL
Muy elevado: Mayor de 190 mg/dL

COLESTEROL VLDL

30

mg/dL 0 - 30

Fecha Validacion y Responsable: 25/01/2020 14:02:43

Maria Milena Alean
Bacteriólogo y Laboratorista Clínico
Reg. 5-2486-06

CARRERA 49 # 45 - 35 ITAGUI PBX: 4441117 TELEFONO: 4441117 - Laboratorio@promedan.com.co

WWW.PROMEDAN.COM.CO