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 ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION-ATLANTICO -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	**8**
Código Centro	**920810**
Fecha Elaboración	**18 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**43854-737437**
No. de documento	**15994**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMOR	**C.C.**	3.746.406	**IP/Nº de contacto**	52223
Correo electrónico contratista:	sydel60@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 COOMEVA S.A.	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		80105589681	
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:	2212033/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**64321**	
Valor Total del Contrato	$ 32.064.134	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.064.134	**1**	**Del**	**08/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.186.191,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.877.943		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE FORMACION PRESENCIAL Y VIRTUAL: EMPRENDIMIENTO , PARTICIPANDO EN LOS EQUIPOS DE DISEÑO Y DESARROLLO CU

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.186.191	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	**$ 2.186.191**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.036.375**	**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	----------	**1035916396**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 199.900	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 218.619	
Salud hasta $ 580.928	$ 156.200	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 338.118	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.036.375,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.927.191,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	19.272,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.166.919,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Envió de carta para inicio del modulo 1 INNOVACCION Y CREATIVIDAD grupo 01 de certificación por proyectos
Envió de carta para inicio del modulo 1 INNOVACCION Y CREATIVIDAD grupo 02 de certificación por proyectos a desarrollar los días mart
Envió de carta para inicio del curso BASICO DE EMPRENDIMIENTO a desarrollar los días miércoles de 7 am a 12 pm, en la Fundación CREC
Envió de carta para inicio del curso BASICO DE EMPRENDIMIENTO a desarrollar los días jueves de 7 am a 12 pm, en la I.P.S PACTOS en
Envió de carta para inicio del curso BASICO DE EMPRENDIMIENTO a desarrollar los días jueves de 7 am a 12 pm, en la I.P.S SER Y CRECE
Envió de carta para inicio del curso BASICO DE EMPRENDIMIENTO a desarrollar los días viernes de 2 pm a 6 pm, de manera virtual reali
Clase introductoria a los grupos 01 y 02 de certificación por proyectos
Presentación del curso complementario de INNOVACION Y CREATIVIDAD, grupo 01, metodología de formación, estructura del curso y temario
Presentación del curso complementario de INNOVACION Y CREATIVIDAD, grupo 02, metodología de formación, estructura del curso y temario

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.

STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO
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,

MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA
INSTRUCTOR G20

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

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

BanCompartir
contigo

Febrero 15 2021 - 02:30:05 ASOEMV_V04_R32
PUNTO DE LIQUIDACION S

C. COMERCIO: 0508008650 TER: 00119341

RECIBO: 0352225 RRN: 197934175889

Pago SIMPLE

Numero de autorizacion: 675489
Id del aportante: 8816106660
Numero de PIN: 8816106660
Periodo de liquidacion: 2021/01
Valor: $ 362.700
Comision: $ 0

Por favor valide que los datos impresos en este comprobante sean correctos.

CLIENTE

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-15, 02:30:05PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035916396

Periodo Cotización: enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8812946720

PAGADO 15/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO		
Documento	CC3746406	**Dirección**	CALLE 14 NRO 13-19
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	301439609
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 3746406	STANLEY YURY RAFAEL DELAROSA ENAMORADO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.249.252	$ 199.900	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.249.252	$ 156.200	0.522	$ 1.249.252	$ 6.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 362.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.249.252	$ 1.249.252	$ 1.249.252	$ 0	$ 199.900	$ 156.200	$ 6.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290,300	$ 4,200	$ 362.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-007 - 0000000210 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 3746406
NOMBRES Y APELLIDOS	De La Rosa Enamorado,Stanley Yury
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de De La Rosa Enamorado,Stanley Yury Rafael, a los 19 días del mes de enero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

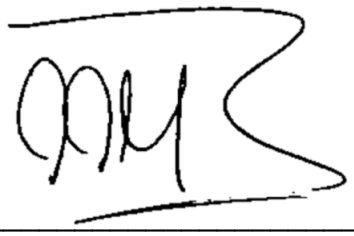
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.746.406**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14529805228

(415)7707212489984(8020) 000001452980522 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 4 6 4 0 6	1	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACION

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	3 7 4 6 4 0 6	1 9 8 6 0 8 2 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Puerto Colombia 5 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA ROSA	ENAMORADO	STANLEY	YURY RAFAEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Baranoa 0 7 8

41. Dirección principal
CL 14 13 19

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
stanleydre@gmail.com	0 8 0 1 2 2 0 3	3 0 1 4 3 9 6 0 9 9	3 0 0 2 1 5 3 4 5 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 8 0 1 1 7						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 1 0 1 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Certificado de Aptitud Laboral



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 3746406
Sexo: Masculino ♂
Apellido: De La Rosa Enamorado
Nombre: Stanley Yury Rafael
Edad: 51 años
Empresa: Particular
Nacim: 29/Abr/1968
Cargo: Instructor
Rh: O+
Direccion: Calle 16 No.10-06 Baranoa
Telefono:
Celular: 3003072871
EPS: Sanitas
ARL: Positiva
AFP: Porvenir
Escolaridad: Universitario
Estado Civil: Casado
Jornada Laboral: Sin Definir
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 10:08:47 a.m.
Recepcion: # 26973

.

Tipo de Examen: Ingreso

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz, Visiometria, Valoracion Psicologica, Osteomuscular, Perfil Lipidico, Electrocardiograma

Concepto

Valoración Medica Osteomuscular: Normal, Sin Restricciones Para El Cargo, Valoracion Psicologica:normal

Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable

Observaciones

Ninguna

IMPORTANTE:
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.
2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud

Alfredo Córdoba de la Hoz
Medico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 0950 - LIC S.O. 237

Alfredo Antonio Córdoba De La Hoz
Medico Especialista Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 237
Registro #: 0950

Stanley Yury Rafael De La Rosa Enamorado
CC 3746406

Laboratorio Clinico
Labsystems

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoilda@hotmail.com

SALUD OIL

Resultados laboratorios



Tipo Doc: CC
Apellido: De La Rosa Enamorado
Empresa: Particular
Cargo: Instructor
Direccion: Calle 16 No.10-06 Baranoa
Telefono:
EPS: Sanitas
AFP: Porvenir
Estado Civil: Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.

Nro Identidad: 3746406
Nombre: Stanley Yury Rafael

Celular: 3003072871
ARL: Positiva
Escolaridad: Universitario
Jornada Laboral: Sin Definir

Recepcion: # 26973

Sexo: Masculino ♂
Edad: 51 años
Nacim: 29/Abr/1968
Rh: O+

Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 10:08:47 a.m.

Examen	Resultado	Valores de Referencia
Perfil Lipidico		
Colesterol Total	**180** mg/dl	0 a 200 mg/dl
Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	**56** mg/dl	> 55 mg/dl
Colesterol L.D.L. Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	**122** mg/dl	0 a 160 mg/dl
Trigliceridos Serico	**142** mg/dl	< 160 mg/dl

Bacteriólogo

Elvira Villegas Sanguino

Stanley Yury Rafael De La Rosa Enamorado
CC 3746406

Scanned by CamScanner

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

SALUD O.I. I.P.S SAS
SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL

Audiometria Tamiz



Tipo Doc: CC
Apellido: De La Rosa Enamorado
Direccion: Calle 16 No.10-06 Baranoa
Telefono:
EPS: Sanitas
AFP: Porvenir
Estado Civil: Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 10:08:47 a.m.

Nro Identidad: 3746406
Nombre: Stanley Yury Rafael

Celular: 3003072871
ARL: Positiva
Escolaridad: Universitario
Jornada Laboral: Sin Definir

Recepcion: # 26973

Sexo: Masculino ♂
Edad: 51 años

Antecedentes

Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



Oido Izquierdo: 22.85
Oido Izquierdo: 22.5
Oido Derecho: 22.86
Oido Derecho: 22.5

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Oido Izquierdo		25	20	25	20	25	20	25
Oido Derecho		25	20	25	20	25	20	25

Diagnostico Audiologico:

Paciente Con Audiometria Bilateral Normal

Recomendaciones:

Scanned by CamScanner

SALUD O.I. LPS SAS

Calle 69E No. 41 - 2
Tels: 30492
Celular: 32052111
Email: saludoiltda@hotmail.co

Uso De Epp

Nerlis Candelaria Serpa Romero

Stanley Yury Rafael De La Rosa Enamorado
CC 3746406

Scanned by CamScanner

Calle 69E No. 41 - 1
Tels: 30492
Celular: 32052111
Email: saludoiltda@hotmail.c

SALUD O.I.

Visiometria



Tipo Doc: CC
Apellido: De La Rosa Enamorado
Direccion: Calle 16 No.10-06 Baranoa
Telefono:
EPS: Sanitas
AFP: Porvenir
Estado Civil: Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.

Nro Identidad: 3746406
Nombre: Stanley Yury Rafael

Celular: 3003072871
ARL: Positiva
Escolaridad: Universitario
Jornada Laboral: Sin Definir

Recepcion: # 26973

Sexo: Masculino ♂
Edad: 51 años

Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 10:08:47 a.m.

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes

Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				

Correccion

Usa Lentes	Si
Cerca	Si
De Contacto	No
Lejos	Si
Bifocales	Si

Evaluacion

Agudeza Visual	Cerca	Lejos	Con Correccion
O.D.	Anormal	Anormal	Normal
O.I.	Anormal	Anormal	Normal
A.O.	Anormal	Anormal	Normal

Examen Externo

Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Scanned by CamScanner

SALUD O.I. LTDA SMS

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida	X	X
Inadecuadamente Corregida		
No Corregida		

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad		
Percepcion de Colores		
Forias		
Vision Periferica		

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomentaciones

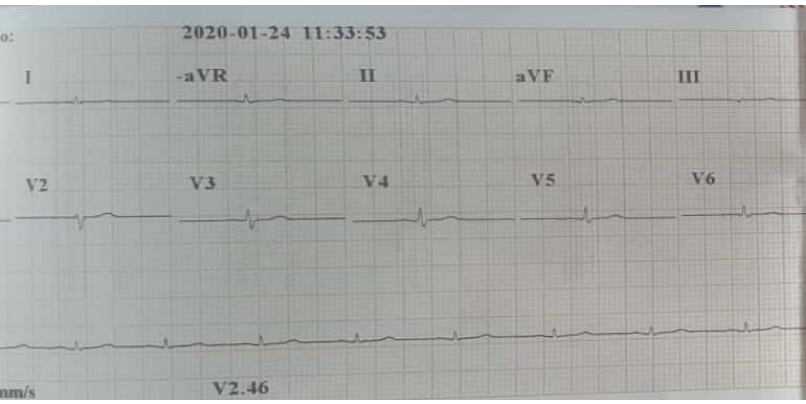
Debe usar correccion para laborar	Si No X	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en Meses

Conducta Paciente Con Defecto De Refraccion Visual Lejana

Nerlis Candelaria Serpa Romero

Stanley Yury Rafael De La Rosa Enamorado
CC 3746406

Scanned by CamScanner



ID	:200124-1133	Código Minnesota:
Nomb	:	9-4-1(V3)
Edad	: 52 A	
Sexo	: Mascul	
PA	: mmHg	Stanley De La Rosa
Altura	: cm	
Peso	: kg	
FC	: 87 bpm	Información de Diagnosis:
Dur P	: 90 ms	800: Ritmo del sino
Int PR	: 129 ms	***ECG Normal***
Dur QRS	: 75 ms	
Int QT/QTC	: 324/390 ms	
Eje P/QRS/T	: 67/37/67 °	
Amp RV5/SV1	: 0.952/0.444 mV	
Amp RV5+SV1	: 1.396 mV	
Amp RV6/SV2	: 0.778/0.854 mV	Reporte confirmado por:

Scanned by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 3746406 realizó el día 17/02/2021 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 STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 3746406 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 -

USUARIO AFILIADO

Estimado usuario:

El documento con tipo **CC** y número **3746406** se encuentra afiliado a ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

¿ Desea generar un certificado de AFILIADO?.

SI NO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar™ AMÉRICA LATINA 2020 — Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar™ COLOMBIA 2019 — Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3260368497

PÓLIZA No: 326 - 47 - 994000005821 **ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA EL PRADO** COD. AGENCIA: 326 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	04	02	2021
FECHA DE IMPRESIÓN	04	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **STANLEY YURY RAFAEL DE LA ROSA ENAMORADO** IDENTIFICACIÓN: CC **3.746.406**

DIRECCIÓN: CALLE 22F NO. 22A-86 CIUDAD: BARANOA, ATLANTICO TELÉFONO: 3048858

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	08/02/2021	17/04/2022	3,206,413.40

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

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 PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.2212033 DE FECHA 08/02/2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE FORMACION PRESENCIAL Y VIRTUAL: EMPRENDIMIENTO , PARTICIPANDO EN LOS EQUIPOS DE DISEÑO Y DESARROLLO CURRICULAR Y GESTIONANDO LAS ACTIVIDADES Y PROYECTOS A TRAVÉS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN QUE BRINDA LA ENTIDAD

21/03/2018-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-09-DOOI V.4
15/08/2017-1502-NT-P-05-P020817005018000

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,206,413.40	$ **********22,933	$*****9,000.00	$ ********6,067	$ **********38,000

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
MERCADEO VIDA Y SEGUROS ASESORES DE	8332	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000326036849

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CDDA26780C09F47A56

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

CLÁUSULAS DE MICROSEGUROS Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

TIPO DE DOCUMENTO CC [X] CE [ ] TI [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUÁL: **No.** 3746406		**LUGAR DE EXPEDICIÓN** Pto. Colombia	**FECHA DE EXPEDICIÓN** DÍA 25 MES 08 AÑO 1986
PRIMER APELLIDO De la Rosa	**SEGUNDO APELLIDO** Enamorado	**PRIMER NOMBRE** Stanley	**SEGUNDO NOMBRE** Yuri Rafael
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 22F # 22A 86	**TELÉFONO DOMICILIO**	**CIUDAD/MUNICIPIO** Baranoa	**DEPARTAMENTO** Atlantico
CORREO ELECTRÓNICO Stanleydre@gmail.com		**TELÉFONO CELULAR** 3003072871	**OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX** 0353400902 Barranquilla

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL			**NIT**	**CORREO ELECTRÓNICO**
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**
	TIPO DE DOCUMENTO CC [ ] CE [ ] PASAPORTE [ ] No.		**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN**	**DÍA MES AÑO**
	DIRECCIÓN DOMICILIO	**TELÉFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA,** o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.	SI	X	NO	
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.	SI	X	NO	
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.	SI	X	NO	
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.	SI	X	NO	

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

1) Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
2) El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3) El alcance de los servicios de intermediación.
4) Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009.
5) La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6) La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7) La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8) El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.

Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Intermediario y/o Proveedor cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el Intermediario o Proveedor, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.

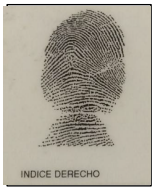
Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Intermediario o Proveedor de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Intermediario o Proveedor y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los titulares.

NOTA: Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas de Accidentes Personales y Pólizas de Accidentes Estudiantiles, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 4 días del mes de FEBRERO del año 2021 en la ciudad de Barranquilla.



Stanley Yuri Rafael De la Rosa Enamorado
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA
C.C. 3.746.406

OBSERVACIÓN HUELLA