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 CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA
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	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**96808-358920**
No. de documento	**18875**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ	**C.C.**	78.714.460	**IP/Nº de contacto**	53527
Correo electrónico contratista:	hrocap@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		79081825179	
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:	2226141/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**17921**	
Valor Total del Contrato	$ 34.680.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.680.000	**1**	**Del**	**12/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.380.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.300.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.380.000	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	**$ 2.380.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.581.450**	**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	----------	**4375886357**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 952.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 119.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 152.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 527.150	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.581.450,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.108.600,00	
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	4.217,00	0,200%
-	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	**$ 2.375.783,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA
INSTRODUCCION LOS MANTENIMIENTO DE REDES
RECORDERIS DE LOS MANTENIMIENTO CORRECTIVOS
REUNIONES REALIZADAS POR LA LIDER DE ARTICULACION PARA LLEVAR ACABO LA FORMACION Y EL DESARRROLLO DE LOS PROGRAMAS
ACTUALIZACION DE LOS LISTADOS DE ASISTENCIAS DE APRENDICES DE GRADO 11
ENTREGA DE INFORME MENSUAL
AFILACION A EPS

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.

HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ
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,

LUCIA DEL SOCORRO RODRIGUEZ FLOREZ
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

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 78714460
NOMBRES Y APELLIDOS	Roca Perez,Hegel Cristian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Roca Perez,Hegel Cristian, a los 19 días del mes de febrero del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14587862034

(415)7707212489984(8020) 000001458786203 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 8 7 1 4 4 6 0	3	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	78714460	1 9 9 1 1 0 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROCA	PEREZ	HEGEL	CRISTIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: DG 17 6 32 BRR LA GRANJA

42. Correo electrónico: hegel_roca@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 0 7 0 2 0 2	7 2 1 0	2 0 1 0 0 1 0 4				2 1 4 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 05

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	**Habilitación:**	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	**Teléfono:**	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	**Fecha de la admisión:**	2021-01-01

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

INFECCION POR SARS-COV2, EN ESTOS MOMENTOS CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ANOSMIA
Interpretación de exámenes: PERFIL HEMATOLOGICO EN METAS
PERFIL FOSFOCALCICO: CALCIO - FOSFORO: EN METAS
PERFIL ELECTROLITICO: EN METAS

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales:
Presión arterial (mmHg): 90/60, Presión arterial media(mm/Hg): 70 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 57 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 13 Temperatura(°C): 36 Talla(cm): 178 Peso(Kg): 71. 5 Índice de masa corporal(Kg/m2): 22. 41 Superficie corporal(m2): 1. 87 Peso seco(Kg): 71.
Paciente Diabético: No
Paciente Hipertenso: Si Conoce la fecha de diagnóstico?: No
Cabeza: Normal / Cuello: Normal / Torax: Normal / Abdomen: CATETER PERITONEAL IMPLANTADO EN FLANCO IZQUIERDO CON LIQUIDO TRANSPARENTE. ORIFICIO DE SALIDA SIN SIGNOS DE SEPSIS / Extremidades: EDEMAS / Neurólogico: Normal

Orificio de salida: Perfecto Trayecto subcutáneo: BIEN

ESTADO SEROLÓGICO DEL PACIENTE

El paciente no presenta hepatitis B
El paciente no presenta hepatitis C
El paciente no presenta VIH
El paciente no presenta serología
Confirmo que se verifica la información de serología del paciente

Diagnósticos activos después de la nota: TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL FOSFORO (Resuelto), ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5, HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE, SIN ALTERACION EMOCIONAL, HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS (En Estudio), COVID-19 (VIRUS NO IDENTIFICADO) (En Estudio).

ESTADIO DE ENFERMEDAD GENERAL
Creatinina serica(mg/dL): 17. 96 Tasa de filtración glomerular (TFG) cockcroft(mL/min): 5. 14 Estadio según cockcroft: 5
MDRD(mL/min): 3 Estadio según MDRD: 5 Pertenencia étnica: Otras (Ninguna de las anteriores) CKD-EPI (mL/min): 2. 7.

Programa actual: DIALISIS PERITONEAL
Cambio de programa: No

PRESCRIPCIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL
Tipo de diálisis peritoneal: Diálisis peritoneal automatizada (APD).

Tiempo permanencia min/ciclo	Volumen infusión x ciclo (mL)	Ciclos	Última infusión	PD Plus (mL)	Hora drenaje	Volumen total (mL)
110	2000	5	2000		07:00	12000

Heparina Sesión: 0 Hierro(mg)/mes: 200 Eritropoyetina/mes: 300

Confirmo que verifiqué la prescripción anterior
Indicación para trasplante renal: No Causa de contraindicación: Ha manifestado su deseo de NO trasplantarse
Análisis y plan de manejo: PACIENTE QUE SE REALIZA LA TERAPIA DIALITICA SIN COMPLICACIONES, LIQUIDO PERITONEAL DE COLOR AMARILLO CLARO, ULTRAFILTRANDO ENTRE 800-1000ML/D. SIN MANIFESTACIONES CLINICAS DE PERITONITIS. CON ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. CON CONTROL DE TENSION ARTERIAL
VOLUMEN URINARIO: 0 ML/D.

INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	Habilitación:	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	Teléfono:	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	Fecha de la admisión:	2021-01-01

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 2021-01-21

Grupo	Descripción
	El paciente no consume sustancias psicoactivas
	El paciente no consume sedantes
	El paciente no consume sedantes
Antecedentes de Transplante Renal	¿El paciente ha tenido trasplantes?: No
	El paciente no está activo en lista de espera, razón En trámite
Antecedentes Psicologicos	El paciente no se encuentra en tratamiento psicológico
	El paciente no se encuentra en tratamiento psiquiátrico
	El paciente no tiene medicación actualmente
	El paciente no se encuentra en tratamiento neurológico
	El paciente tiene adherencia a otros medicamentos, Tratamiento Insuficiencia Renal.
Grupo Sanguineo	Grupo Sanguíneo: O Rh: +

LABORATORIOS				
	OCTOBER-2020	NOVEMBER-2020	DECEMBER-2020	JANUARY-2021
Saturación Transferrina(%)			1.82	
Tasa de filtración glomerular (TFG) cockcroft (mL/min)	6.09	6.22	5.26	5.14
Calcio Corregido(mg/dL)	9.76		9.76	
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)			Negativo	
Anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (Anti-HBs)			No Reactivo	
Hepatitis B Anticuerpos Anticore IgM			No Reactivo	
Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAG)			No Reactivo	
Virus de hepatitis C (HVC)			No Reactivo	
Prueba_serológica para la sífilis (VDRL)			No Reactivo	
Antígeno_de superficie de la hepatitis B (HBsAG)(Indice)			0.03	
Virus de_hepatitis C (HVC) (Indice)			0.36	
Hemoglobina(g/dL)	10.7	10.7	10.7	
Transferrina(mg/dL)			133	
Sodio(mEq/L)			141.1	
Creatinina serica(mg/dL)	15.14	15.14	17.96	17.96
Creatinina serica			17.96	
CORE TOTAL(Indice)			2.38	
Capacidad total de fijación del hierro(ug/dL)			207	
Ácido Fólico			24	
Aspartato aminotransferasa (ASAT)(U/L)			24.1	
Plaquetas(10Â³/mmÂ³)	297	325	246	
Aspartato alanino transferasa (ALAT)(U/L)			27.9	
Potasio(mEq/L)	3.44	3.56	3.44	
Albumina(g/dL)	3.54		3.55	

DaVita

INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	Habilitación:	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	Teléfono:	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	Fecha de la admisión:	2021-01-01

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PACIENTE					
Paciente:	HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ				
Tipo y número de identificación:	CC 78714460				
Grupo y RH:	O +	Edad:	47 Años y 4 Meses	Género:	Masculino
Fecha de nacimiento:	1973-09-05	Pertenencia étnica:	Otras (Ninguna de las anteriores)	Grupo poblacional:	Trabajador urbano
Domicilio:	BARRIO COLON CARRERA 6 NUMERO 20 26				
Ciudad de residencia:	MONTERIA				
EPS:	EPS SANITAS			Teléfono:	7892324
Régimen:	CONTRIBUTIVO	Acompañante:	LILIANA BUITRAGO CARRASCAL	Fecha de afiliación:	2019-10-01
				Teléfono:	3116998799

INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL			
Estadio ERC:	5	TFG inicio de TRR / Inicio gestión del riesgo:	No disponible
Fecha de inicio programa actual:	2015-08-22	Programa actual:	DIALISIS PERITONEAL
Fecha de dx de ERC Estadio 5:	2014-08-05		
Acceso actual del paciente:	Catéter Peritoneal		
Modo de origen de terapia:	Traslado otra IPS	Etiología:	HIPERTENSION ARTERIAL
Fecha de ingreso a la unidad renal actual:	2018-09-18		

DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE

Fecha	Código	Descripción	Estado
2021-01-21	N185	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5	Confirmado
2021-01-21	E211	HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	Confirmado
2021-01-21	Z009	SIN ALTERACION EMOCIONAL	Confirmado
2021-01-21	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado
2021-01-21	J128	NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS	En Estudio
2021-01-21	U072	COVID-19 (VIRUS NO IDENTIFICADO)	En Estudio
2021-01-21	E833	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL FOSFORO	Resuelto

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 2021-01-21

Grupo	Descripción
Antecedentes Familiares	ABUELA PATERNA CANCER FARINGEO, PADRES HTA
Antecedentes Alergicos	NIEGA
Antecedentes Patologicos	ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN DIALISIS+HTA+ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA
Antecedentes Transfusionales	NIEGA
Antecedentes Quirurgicos	FRACTURA DE TIBIA
Antecedentes Epidemiologicos	GRIPA
Antecedentes Farmacologicos	LOSARTAN 100 mg dia, AMLODIPINO 10mg dia, METOPROLOL 100mg dia, CLONIDINA 1 TABLETA (0150MCG) DIA
Antecedentes Nutricionales	No manifiesta.
Antecedentes Anticoagulacion	ENOXAPARINA
Prueba de Hierro	negativa, diciembre /2015
Antecedentes vacunacion	Vacunas
Antecedentes de Dialisis/ Gestion del Riesgo	El paciente tiene antecedentes de diálisis / Gestión del riesgo?: Si Antecedentes de diálisis / Gestión del riesgo Fecha inicio: 01/08/2015. Programa de inicio: Hemodiálisis Fecha inicio: 22/08/2015. Programa de inicio: Diálisis peritoneal.
Antecedentes Toxicologicos	El paciente no tiene el tabaquismo como uno de sus antecedentes El paciente no consume alcohol El paciente consume cafeína, OCASIONAL El paciente no consume drogas de abuso

INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	Habilitación:	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	Teléfono:	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	Fecha de la admisión:	2021-01-01

LABORATORIOS				
Hematocrito(%)	36.12	36.58	36.12	
Hematíes(mill/uL)	4.04	4.02	4.04	
BUN Serico.(mg/dL)	41.82	38.26	41.1	
Vitamina B12(pg/mL)			446	
Fósforo(mg/dL)	4.71	5.71	5.43	
Acido Urico(mg/dL)			5.5	
Proteinas Totales(g/dL)	6.46		5.98	
Fosfatasa Alcalina(U/L)			51.3	
Lipoproteínas de alta densidad(mg/dL)			52.3	
Ferritina(ng/ml)			535.7	
Hierro(ug/dL)			61	
Anticuerpos contra el antigeno de superficie de la hepatitis B (Anti-HBs)(UI/L)			75.7	
Lipoproteína de baja densidad(mg/dL)			78.4	
Recuento Leucocitario	6450	7010	7930	
Volumen corpuscular medio (MCV/MCH)	89.4	91	89.4	
Calcio(mg/dL)	9.4	10.28	9.4	
Glucosa sérica(mg/dL)	73		91	
Colesterol total(mg/dL)	134			
Triglicéridos(mg/dL)	63			
Paratohormona (PTH) (pg/mL)	929.5			

ADECUACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL		
Variable	Valor	Fecha
D/DP Creatinina	BAJO	2020-09-07
Kt/V total peritoneal(mg/dL)	1.86	2020-09-07
D/DO Glucosa	ALTO	2020-09-07

VACUNAS	
Hepatitis B	Esquema completo

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Fecha: 21/01/2021 12:34 - Sede: DAVITA MONTERIA - Ubicación: D PERITONEAL AUTOMATICA
Evolución de diálisis peritoneal - NEFROLOGIA
Diagnósticos activos antes de la nota: SIN ALTERACION EMOCIONAL, HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE, TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL FOSFORO, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5, HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA).

Paciente Crónico

Función renal residual (FRR): No
Exámenes externos: No

Motivo de consulta y Enfermedad actual: MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL MENSUALHISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, VIA POR LA CUAL LLEGA ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5, EN TERAPIA DE REMPLAZO RENAL, MODALIDAD DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA, CON BUENA ADHERENCIA, REFIERE SENTIRSE REGULAR, ACUDE A LA CITA SINTIENDOSE MAL, CON DECAIMIENTO, ESTUVO INTERNADO POR CRISIS HIPERTENSIVA, LE DIAGNOSTICARON NEUMONIA Y SOSPECHA DE

INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	Habilitación:	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	Teléfono:	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	Fecha de la admisión:	2021-01-01

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

LOS EXAMENES REALIZADOS DENTRO DE LIMITES NORMALES
PLAN:
1. RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SE INDICA QUE EN CASO DE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS SI PRECISA REALIZAR LA DIALISIS DEBE SER EN CONDICIONES OPTIMAS DE AISLAMIENTO PARA EVITAR PERITONITIS, ENSEÑAR ESTE INFORME Y EN CASO AVISAR A LA UNIDAD
2. -- TRATAMIENTO ACTUAL:
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SUSPENDER DURANTE EL DIA DE HOY E IR EVALUANDO SEGUN TENSION ARTERIAL INCOORPORAR MEDICAMENTOS :-- CLONIDINA CLORHIDRATO TAB x150mcg 2 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS
-PRAZOSINA CLORHIDRATO TAB. x1mg (TAB)(2 TABLETAS, ORAL, CADA 8 HORAS, LOSARTAN POTASICO [ARA II] TAB. x100mg (TAB)(1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS-
-MINOXIDIL TAB. x10mg (TAB)(1 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS,
- CARVEDILOL TAB. x12. 5mg (TAB)(1 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS.
-AMLODIPINO 10MG DIA- COMPLEJO B TABLETA (TAB)(1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS,

- OMEPRAZOL CAP. x20mg (TAB)(1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS,
-
- ACETAMINOFEN TAB. X 500mg(1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS,)
-
-CALCITRIOL 075 MG DIA(SUSPENDER POR HIPERFOSFOREMIA)
- FLUOXETINA 1 TABLETA CADA DIA
- TRAZADONA(SUSPENDIDA). 1 TABLETA 5PM
. MANTENR MIRCERA 150MCG AL MES.
-SE SOLICITA INTERVENCION POR NUTRICION.
- SE DAN SUGERENCIAS PARA CONSERVAR ORIFICIO DE SALIDA DEL CATETER EN OPTIMAS CONDICIONES.
3. SE BRINDA EDUCACION PARA BUENA ADHERENCIA A RECOMENDACIONES MEDICAS Y NUTRICIONALES.
4- REGIMEN DIALITICO CON CAVIDAD HUMEDAD: 12 LITROS DE 2. 5. DIA HUMEDO. INCREMENTO TIEMPO DE PERMANENCIA.
5. RECORDAR ADECUADO LAVADO DE MANOS CON AGUA POTABLE O EN SU DEFECTO CON AGUA HERVIDA Y AÑADIRLE 2CC DE HIPOCLORITO DE SODIO-
6-SE REALIZAN RECOMENDACIONES GEENERALES PARA EVITAR CONTAGIO CON NUEVO CORONARIVUS COMO: *REALIZAR LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS Y CUANTAS VECES SEA NECESARIA *EVITAR TOCARSE LA CARA. *MANTENERSE EN EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO. REALIZAR SALIDAS SOLO SI ES EXTREMADAMENTE NECESARIO. *MANTENER LA DISTANCIA DE 1. 5 METROS AL MENOS ENTRE LOS HABITANTES EN LA CASA DE SER POSIBLE. *SI PRESENTA MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS ALTAS COMO:TOS SECA, DOLOR DE GARGANTA, MALESTAR GENERAL PERMAMENCER AISLADO, EN CASO DE FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, PERDIDA DEL SABOR A LOS ALIMENTOS, PERDIDA DEL OLFATO DEBERÁ COMUNICARSE CON LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS DE LAS SECRETARIAS DE SALUD CORRESPONDIENTES O A LA RED DE SU EPS.
-SUGIERO MANTENERSE EN AISLAMIENTO TENIENDO EN CUENTA LAS ENFERMEDADES DE BASE.
REMITO A PSIQUIATRIA POR MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANTE "DOLOR " EN DIFERENTES PARTES DEL CUERPO Y OFTALMOLOGIA. SOLICITA INICIAR PROTOCOLO PARA TRASPLANTE RENAL. ESTE PACIENTE ESTA EVOLUCIONANDO UNA INFECCION RESPIRATORIA EN MANEJO CON ANTIBIOTICO ORAL Y SOSPECHA DE SARS COV-2 EN ESPERA DE PRUEBA PCR, EN ESTOS MOMENTOS CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA, BUEN PATRON RESPIRATORIO; POR LO QUE DECIDO:
-CANALIZACION
-MEJORAR HEMODIANMIA CON BOLOS DE SSF 0. 9%
-REMISION A URGENCIA PARA MANEJO

Complicaciones: Si.

Órdenes internas y ambulatorias

Órdenes Internas

MEDICAMENTOS ORDENADOS

- ACETAMINOFEN TAB. X 500mg: 1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21
- CALCITRIOL CAP. x0.5mcg (CAP): 1 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21

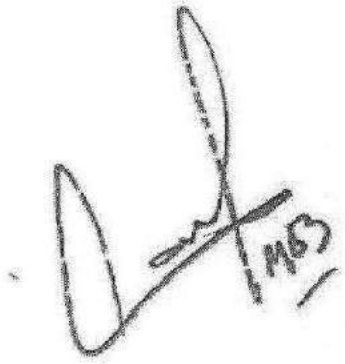
INFORMACIÓN GENERAL			
Nit:	900532504	**Habilitación:**	230010167601
Dirección:	CALLE 29 # 12-10		
Municipio:	MONTERIA	**Teléfono:**	123456
Fecha de elaboración:	2021-01-21	**Fecha de la admisión:**	2021-01-01

- CARBONATO DE CALCIO TAB. x600mg (TAB): 1 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21
- CARVEDILOL TAB. x12.5mg (TAB): 2 TABLETAS, ORAL, CADA 12 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21
- COMPLEJO B TABLETA (TAB): 1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21
- COMPLEJO HIERRO III + HIDROXIDO-SARACATO SOL. INY. x100mg AMP. x5ml (AMP): 2 AMPOLLAS, INTRAVENOSO, DOSIS UNICA, por DOSIS UNICA. A partir del: 2021-01-21
- GENTAMICINA CREMA AL 1% TUBO: 1 TUBOS, TOPICO, DOSIS UNICA, por DOSIS UNICA. A partir del: 2021-01-21
- LOSARTAN POTASICO [ARA II] TAB. x100mg (TAB): 1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21
- OMEPRAZOL CAP. x20mg (TAB): 1 TABLETAS, ORAL, CADA 24 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21

PRESCRIPCION DE DIALISIS ORDENADOS

- LIQUIDO DE DIALISIS PD-2 CON DEXTROSA 4.25% BOLSA X 2000ML CAPD : 4 UNIDADES, INTRAPERITONEAL, CADA 12 HORAS, por DOSIS UNICA. A partir del: 2021-01-07
- LIQUIDO DE DIALISIS PD-2 CON DEXTROSA 2.5% BOLSA X 6000ML : 1 UNIDADES, INTRAPERITONEAL, CADA 12 HORAS, por 30 DIAS. A partir del: 2021-01-21

Médico que realizó la última atención del paciente:



Dra. Mirna Alies Sánchez
ESP. NEFROLOGIA - M. INTERNA
R.M. 70622

Firmado por: MIRNA CARIDAD ATIES SANCHEZ, NEFROLOGIA, Registro 70622, CC 465945

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA MONTERIA	**DIRECCIÓN**	CALLE 28 No 11-19 Barrio Centro
TELÉFONO	7890113-7890928	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-01-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ			Identificación CC	Nro 78714460
Fecha de Nacimiento	1973-09-05	**Edad**	47	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/MONTERIA				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2021-01-27 12:49:36	**Fecha Salida**	2021-01-27 13:01:54		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS CARDIOVASCULAR

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION EPS: SI
Observaciones:
CONTINUAR SEGUIMIENTO EN SU EPS, PARA MANEJO Y CONTROLES DE SU PATOLOGIA HIPERTENSIVA Y RENAL.

OTRAS: SI
Observaciones:
MANTENER ACTUALIZADA SU FORMULA DE LENTES.

CONTROLES

titulo
OTROS: NO PRESENTA

LUIS EDUARDO REYES GERMAN
RM: 78030629
Firma y sello del médico

HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ
CC 78714460
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2021/01/27
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA MONTERIA	**DIRECCIÓN**	CALLE 28 No 11-19 Barrio Centro
TELÉFONO	7890113-7890928	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-01-27	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ			Identificación CC	Nro 78714460
Fecha de Nacimiento	1973-09-05	**Edad**	47	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/MONTERIA				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2021-01-27 12:59:32	**Fecha Salida**	2021-01-27 12:59:38		

DATOS EMPRESA

CARGO	INSTRUCTOR

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE 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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/30
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/40
CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/40
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	1 Mts.
CON CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	1.25 Mts.
CON CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	1 Mts.

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2021/01/27
www.cendiatra.com

CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H526: Otros trastomos de la refracción
OBSERVACIONES	CONTROL ANUAL Y USO DE SUS LENTES MEDICADOS PERMANENTES

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

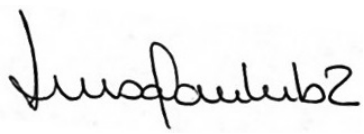
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 78.714.460, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 08/02/2021 y fecha fin de contrato 15/12/2021 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): 202101012448329.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Sabado, 30 de Enero de 2021

Señor
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ identificado(a) con CC 78714460, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79081825179	2012/04/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	CG-1025200	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	40139122	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	07/02/2021	SUC. EXPEDIDORA	CARTAGENA

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del 05/02/2021	24:00 Horas Del 15/04/2022		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ROCA PEREZ, HEGEL CRISTIAN	No. DOC. IDENTIDAD	78714460
DIRECCIÓN	CALLE 26 # 13-19 PISO 2	TELÉFONO	3116998799
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 24 CRA 14 AV CIRCUNVALAR	TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 24 CRA 14 AV CIRCUNVALAR	TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO.2226141 , CUYO OBJETO ES CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA EN EL AREA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 05/02/2021	24:00: Horas Del 15/04/2022	3.468.000	20.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.468.000	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
FARES AGENCIA DE SEG	AGENCIAS	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 07/02/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

HEGEL ROCA

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CG-1025200** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ROCA PEREZ, HEGEL CRISTIAN** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , expedida por la Compañía en **07/02/2021,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **CARTAGENA** a los **07** días del mes **FEBRERO** del año **2021**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	40139122

Fecha de Facturación	07/02/2021		**Fecha Límite de Pago**	24/03/2021
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	25.000,00
Póliza No.	CG–1025200		**IVA**	4.750,00
Periodo Facturado	05/02/2021	15/04/2022	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ROCA PEREZ, HEGEL CRISTIAN	
CALLE 26 # 13–19 PISO 2		78714460
Intermediario	FARES AGENCIA DE SEG	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **24/03/2021** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	40139122

Fecha de Facturación	07/02/2021		**Fecha Límite de Pago**	24/03/2021
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082			**Prima** (incluye gastos de expedición)	25.000,00
Póliza No.	CG–1025200		**IVA**	4.750,00
Periodo Facturado	05/02/2021	15/04/2022	**VALOR TOTAL A PAGAR $**	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ROCA PEREZ, HEGEL CRISTIAN	
CALLE 26 # 13–19 PISO 2		78714460
Intermediario	FARES AGENCIA DE SEG	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000040139122(3900)000000029750(96)20210324

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990040139122(3900)000000029750(96)20210324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · Bancolombia Corresponsal Bancario · efecty · VIA · Baloto

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored Te damos más

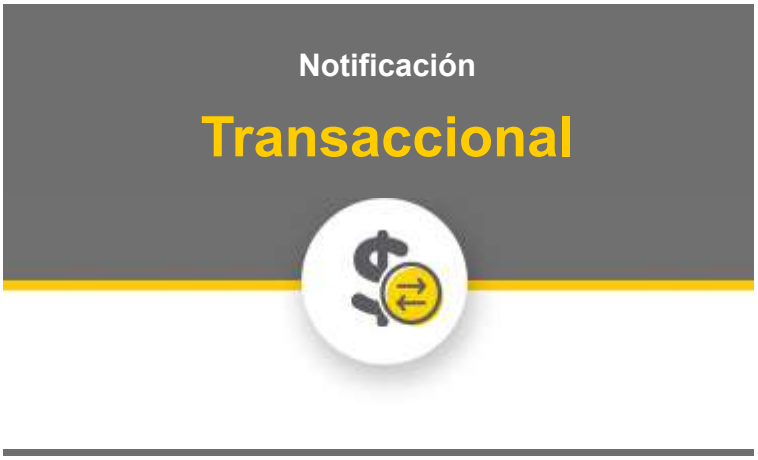
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre

Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia

AN

Alertas y Notificaciones <alertasynotificaciones@notificacionesbancolombia.com>
Lun 8/02/2021 11:43 AM
Para: Usted



Bancolombia le informa Pago por $29,750.00 a FAP MUNDIAL desde cta *5179. 08/02/2021 11:43. Inquietudes al 0345109095/018000931987.

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje



Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:

- **Nunca entregues tu información personal o financiera** por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o buscadores.
- **Jamás entregues datos** como: usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, fechas de vencimiento y códigos de seguridad.
- **Nunca pierdas de vista tus tarjetas.** Cuando realices compras, verifica que te hayan devuelto la tuya, para esto puedes marcarla y personalizarla para que la reconozcas fácilmente.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78714460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 26 N 13-19 APTO 201	TELÉFONO:	7837215
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4375886357**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993787332

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 109.800
SUBTOTAL:			1	**$ 109.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 109.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78714460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HEGEL CRISTIAN ROCA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 26 N 13-19 APTO 201 CENTRO	TELÉFONO:	7837215
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4375886357**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993787332		

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	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 78714460	ROCA PEREZ HEGEL	INDEPEND	REQ CUMP PENS	$ 1.240.000				NO								01-30												$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0												

TOTAL	**$ 109.800**

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.995-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8994174520 DV: 383239

Cajero: NIANBUPE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 03/02/2021 11:54:31

PS Recaudador:
908043 MONTERIA GRR PANAMA

Cantidad cumnes: 1

Identificacion: 78714460

Nombre:	HEGEL CRISTIAN
Apellido 1:	ROCA
Apellido 2:	PEREZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3116998799
Codigo Planilla:	4375886357
Periodo Pago:	2020/12
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
78714460	$109.800,00

Valor recibido: $109.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6519101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co