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 TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**90598-633831**
No. de documento	**17350**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO	**C.C.**	1.022.372.403	**IP/Nº de contacto**	84304
Correo electrónico contratista:	rasanchezal@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		04851829500	
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:	2218117/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**4321**	
Valor Total del Contrato	$ 48.873.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 48.873.500	**1**	**Del**	**04/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.759.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.114.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: CO1.PCCNTR.2218117,PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL Y LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES, A LA REGIONAL, DE ACUERDO LOS LINEAMIE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.759.500	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.759.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.498.100**	**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	----------	**9415309236**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.503.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 240.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.900	$ 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	$ 832.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.498.100,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.330.800,00	
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 - 7490	11.658,00	0,350%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	699,00	6,000%
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	**$ 3.747.143,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación en la reunión plan por plan de las empresas puesta en marcha Fondo Emprender.
Reunión María Victoria Piñuela - Aquiluz formulación plan de negocios Fondo Emprender
Reunión Agropecuaria el Dosel - Carlos Rivera, empresa puesta en marcha Fondo Emprender
Reunión María Victoria Piñuela - Aquiluz formulación plan de negocios Fondo Emprender
Reunión Agropecuaria el Dosel - Carlos Rivera, empresa puesta en marcha Fondo Emprender
Reunión Club Barber Shop - Jeimy, formulación plan de negocios empresa otras fuentes de financiación
Reunión Wondermug empresa en proceso de fortalecimiento.
Reunión Jorley Ancizar - Ebanisteria el Oso formulación plan de negocios Fondo Emprender.
Reunión Diana Ríos empresa puesta en marcha Fondo Emprender

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.

RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO
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,

MARIANA ANDREA CASTRILLON MEDINA
PROFESIONAL G02

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

LEANDRO VERA ROJAS
DIRECTOR REGIONAL (E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022372403		SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ALTOS DE SANTA CECILIA APT 1102	IBAGUE-TOLIMA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	880326279	9415309236	I	2021/02/02	2021/02/02	BANCOLOMBIA	0	$483,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1022372403	SANCHEZ RAUL	230301	30	$1,664,000	$266,300	EPS044	30	$1,664,000	$208,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,664,000	$8,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,664,000	$266,300			$1,664,000	$208,000			$0	$0			$1,664,000	$8,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,300	$0	$0	$266,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$266,300	$0	$0	$266,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,700	$0	$0	$8,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$8,700	$0	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$208,000	$0	$0	$208,000
TOTAL				1	$483,000	$0	$0	$483,000

2021/02/18 11:17 PM

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

El Señor RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO , identificado con Cédula Ciudadanía 1.022.372.403, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO		
Número de identificación:	1022372403	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	Edificio Altos de Santa Cecilia Apt 1102	Municipio residencia:	Ibague
Teléfono actual de residencia:	0000000	Depto. Residencia:	TOLIMA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1022372403	SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 21 días del mes de Enero de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

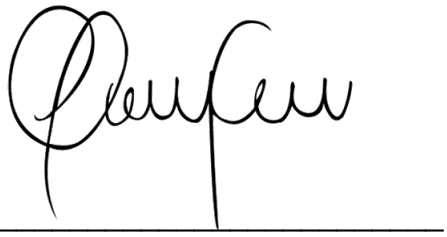
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.022.372.403**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 02 de noviembre de 2012.

La presente certificación se expide el 21 de enero de 2021.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14515520615

(415)7707212489984(8020) 000001451552061 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 3 7 2 4 0 3	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	ALFONSO	RAUL	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CR SEPTIMA 8 32 BRR BELEN ED TORREON DE BELEN AP 608

42. Correo electrónico: raulx9108@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 1 7 0 3 0 1	8 5 6 0	2 0 1 4 0 6 1 6			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
9 9 1 1	

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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 - 05 - 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.060

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2020 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES - SENA REGIONAL TOLIMA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS	CC	1022372403
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Dependencia del Trabajador
ASESOR DE EMPRENDIMIENTO	**SENA REGIONAL TOLIMA-CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	✓
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

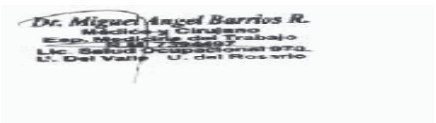
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO SIN RESTRICCIÓN MEDICA PARA EL CARGO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BARRIOS RENGIFO MIGUEL ANGEL

R. M.: 7394497 **L.S.O.:** 970

Código de Seguridad
J579P1V3060

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO

CC: 1022372403

Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,342

Fecha: 27/01/2020 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 1022372403 **Nombre:** SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO **Edad:** 28 AÑOS 1
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** ASESOR DE EMPRENDIMIENTO **Empresa:** PARTICULARES - SENA REGIONAL TOLIMA CENTRO DE
Eps: MEDIMAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO **F. Último Examen:** 27/01/2020
Lugar del Último Examen: SALUD OCUPACIONAL **Motivo Consulta:** INGRESO OCUPACIONAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

MOVIMIENTOS OCULARES

NORMALES

VISIÓN CROMÁTICA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCION VISUAL

OPTOMETRA

Dr. Miguel Angel Barrios R.
Medico Cirujano
Esp. Medicina del Trabajo
Lic. Salud Ocupacional 970
U. Del Valle U. del Rosario

Firma:
Nombre: BARRIOS RENGIFO MIGUEL ANGEL
R. M.: 7394497 **L.S.O.:** 970

PACIENTE

Raul Sanchez

Firma:
Nombre: SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO
CC: 1022372403

SANDRA LILIANA GUZMAN RONDON
FONOAUDIOLOGA UNIV IBEROAMERICANA
Cel: 3112424342 - 3112332864

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 22-01-20 Empresa: Sena. Tipo de examen: I ✓ P R A
Nombre: Ravi Antonio Sanchez CC No: 1.022.372.403. Cargo: Asesor E.
Sexo: F ___ M ___ Edad: 23A Tel: ___
Antigüedad: ___ Reposo auditivo: SI ___ NO ___ Uso de EPA: SI ___ NO ___ Tipo: ___

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLOGICOS			QUIRURGICO			EXTRALABORALES		
OTALGIA	Si ___	No	INGESTA OTOTOXICOS	Si ___	No	MOTO	Si ___	No
OTITIS	Si ___	No	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si ___	No	TEJO	Si ___	No
OTORREA	Si ___	No	CIRUGIA DE OIDO	Si ___	No	SERVICIO MILITAR	Si ___	No
OTORRAGIA	Si ___	No	TIMPANOPLASTIA	Si ___	No	POLIGONO	Si ___	No
PRURITO	Si ___	No	CX CABEZA O CUELLO	Si ___	No	DISCOTECA	Si ___	No
SENSACION OIDO TAPADO	Si ___	No	PATOLOGIAS			WALMAN	Si ___	No
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	Si ___	No	HIPERTENSION ARTERIAL	Si ___	No	INSTRUMENTO MUSICAL	Si ___	No
TINITUS/ACUFENOS	Si ___	No	DIABETES	Si ___	No	ARMA DE FUEGO	Si ___	No
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIE	Si ___	No	RENITIS/SINUSITIS	Si ___	No	VIVE ZONA DE RUIDO	Si ___	No
AUDIOMETRIA PREVIA	SI ___	No						

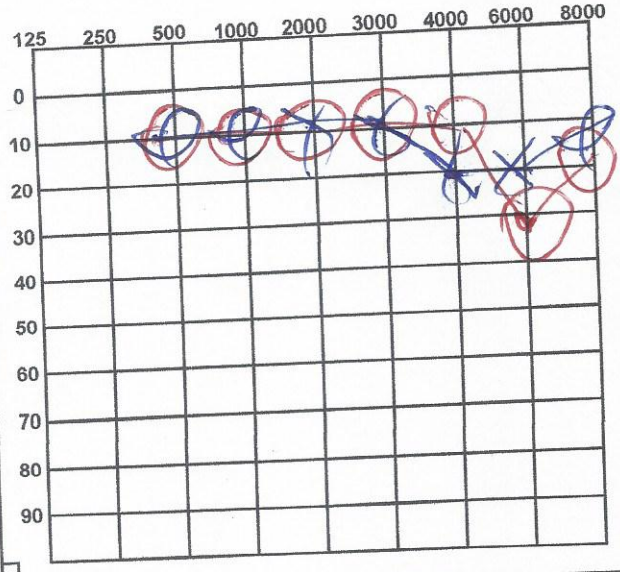
TIEMPO EN EL OFICIO: 7 GH

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN ___ RESTOS DE CERUMEN ___ OI: CAE LIBRE DE CERUMEN ___ RESTOS DE CERUMEN ___

Observaciones: ___

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO
No refiere						

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL			

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD	10	10	10	10	10	N
OI	10	10	10	10	10	N.

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

OD: Caida leve - FRECUENCIAS 6000 Hz.
OI: No. medible FRECUENCIAS ___

9. RECOMENDACIONES:

CONTROL SEGÚN PVE ANUAL ___ SEMESTRAL ___ USO DE EPA SEGÚN PVE ___ AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA ___ AUDIOMETRIA CLINICA ___
VALORACION POR ORL: ___ EXAMENES COMPLEMENTARIOS ___ LIMPIEZA OTICA OD ___ OI ___ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL ___ NO UTILIZAR EMP 3 ___

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometría, así mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la nformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las caracteristicas, estadísticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: NORMAL(0-20 dB), LEVE(25-40 dB), MODERADO(41-60 dB), SEVERO(61-80 dB), PROFUNDO(81 dB)

Sandra Liliana Guzmán Rondón
FONOAUDIOLOGA
UNIV IBEROAMERICANA
C.C. 1.032.403.048
R SST 5775 - A30 0820
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Ravi Sánchez
FIRMA DEL TRABAJADOR

PSI.EDUARDO APONTE HURTADO

PSICOLOGO OCUPACIONAL

CONCEPTO SOCIAL Y MENTAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
27	01	2020	IBAGUE	Ingreso	X	Egreso		Periódico	
DD	MM	AAAA	CIUDAD						

Trabajo en Alturas		Porte de Armas		Soc Regional Tolima

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Doc. identificación Tipo	Número
Roul	Antonio	Sanchez	Alfonso	cc	1.022372403

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	V	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACION SUICIDA	NO REPORTA	X	REPORTA			
ESTADO SOCIAL	SATISFACTORIO	V	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJO	V	MEDIA		ALTA	
ACROFOBIA	BAJA	V	MEDIA		ALTA	
observacion						
CONCEPTO PSICOLOGICO	**APTO Cumple con todos los criterios**	X	**APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.**		**NO APTO Alto riesgo.**	

Eduard. Aponte H.

Registro: 73140 SST
Registro Colegio Colombiano de Psicologos

Eduardo Aponte Hurtado
Psicologo
Registro 101411
Universidad de Ibagué
Esp. Un. El Bosque

Laboratorio Clínico
bioanalisis
Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

02755399

Paciente : SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO
Historia : 1022372403
Identificación : 1022372403
Edad/Sexo : 28 / M
Telefono : 5
Remisión : 02755399

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2020-01-27 09:13:26
Fecha Impresión : 2020-01-27 11:52:22.
Empresa :

HEMATOLOGIA

Hemograma Tipo III - Método Automático

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
Recuento de Eritrocitos	**5.75**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**16.3**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**48.31**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**84**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**28.3**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.7**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**15.2**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**203**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**8.4**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**38.5**			
Plaquetocrito	**0.17**			
Recuento de Leucocitos	**8.33**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**81.0**	%		
% Linfocitos	**17.9**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**1.1**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**6.75**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**1.49**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.09**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2020-01-27 / 09:47

Validado por: Edna Rodriguez

EDNA AZUCENA RODRIGUEZ C.
BACTERIOLOGA ESP HEMATOLOGIA
T.P. 30234012

QUIMICA

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico **BIOANALISIS IBAGUE** E.U. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **informes@bioanalisisibague.com** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

02755399

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

Paciente : SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO
Historia : 1022372403
Identificación : 1022372403
Edad/Sexo : 28 / M
Telefono : 5
Remisión : 02755399

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2020-01-27 09:13:26
Fecha Impresión : 2020-01-27 11:52:22.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Triglicéridos

Trigliceridos	**106**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2020-01-27 / 10:56

Colesterol Total

Colesterol RESULTADO	**195.9**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2020-01-27 / 10:56

Glucosa

-

Glucosa Valor de Referencia: 70-105 mg/dL	**83.48**	mg/dl	70 -	105 mg/dL

Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2020-01-27 / 10:56

Validado por:

TANIA MAITE CORDOBA DUARTE
BACTERIOLOGA
T.P 1065820518

UROANALISIS

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico **BIOANALISIS IBAGUE** E.U. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico informes@bioanalisisibague.com o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibagué E.U.
NIT. 900269973-1

02755399

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

Paciente : SANCHEZ ALFONSO RAUL ANTONIO
Historia : 1022372403
Identificación : 1022372403
Edad/Sexo : 28 / M
Telefono : 5
Remisión : 02755399

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2020-01-27 09:13:26
Fecha Impresión : 2020-01-27 11:52:22.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
UROANALISIS			
Uroanálisis [Citoquímico de Orina]			
UROANALISIS			
ANALISIS FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**LIGERAMENTE TURBIO**		
PH	**5.0**		
Densidad	**1.030**		
Glucosa	**NEGATIVO**		
Proteinas	**NEGATIVO**		
Cetonas	**NEGATIVO**		
Bilirrubinas	**NEGATIVO**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
Sangre (Hemoglobina)	**NEGATIVO**		
Nitritos	**NEGATIVO**		
Leucocitos	**NEGATIVO**		
ANALISIS MICROSCOPICO			
Células epiteliales	**0 - 2**	/campo	
Leucocitos	**0 - 2**	/campo	
Eritrocitos	**Negativo**	/campo	
Bacterias	**+**		
Moco	**+**		
Piocitos	**Negativo**	/campo	

Fecha / Hora Validado : 2020-01-27 / 11:40

Validado por:

PAOLA LIZETH OLIVEROS CHIA
BACTERIOLOGA
T.P 1152206362

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico **BIOANALISIS IBAGUE** E.U. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico informes@bioanalisisibague.com o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Hace constar:

Que el Sr(a) RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022372403 realizó el día 18/02/2021 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 RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022372403 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 -

Escaneado con CamScanner

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

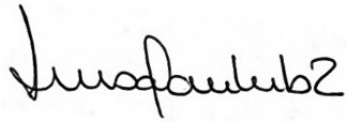
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO, con Cédula Ciudadanía No. 1022372403 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 04/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 04/02/2021 y fecha hasta 31/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202101012457872.

Dada en Bogotá, a los 21 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 25 de Enero de 2021

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RAUL ANTONIO SANCHEZ ALFONSO identificado(a) con CC 1022372403, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	04851829500	2015/12/02	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 DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**BOGOTA**	**11**	**11-44-101162959**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	02	2021	03	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	SANCHEZ ALFONSO, RAUL ANTONIO	**CC: 1022.372.403**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 23 N 68 - 59 BL 20 AP 102	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3103286959

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL TOLIMA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
TV 1 A NRO. 42 - 244	IBAGUE, TOLIMA	2709600

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.2218117 de 2021, CUYO OBJETO ES: Prestacion de servicios profesionales para la atencion integral de los usuarios de los Centros de Desarrollo Empresarial y la gestion de proyectos especiales, a la regional, de acuerdo los lineamientos emitidos por el SENA. con el fin de contribuir al cumplimiento de las metas e indicadores asignados.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/02/2021	30/04/2022	$4,887,350.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******24,155.00	$ *******8,000.00	$ *******6,109.00	$ **********38,265.00	$ ********4,887,350.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101162959

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA