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 QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - 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	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**20836-898151**
No. de documento	**4407**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS FERNANDO LEAL RIOS	**C.C.**	7.554.860	**IP/Nº de contacto**	62800
Correo electrónico contratista:	lfleal@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		136070425345	
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:	2195637/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**8121**	
Valor Total del Contrato	$ 40.396.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.396.600	**1**	**Del**	**03/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.556.933,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.839.667		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACION PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2021-02-019613

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.556.933	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	**$ 3.556.933**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.363.500**	**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	----------	**4376612481**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.422.773	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 177.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.500	$ 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	$ 787.833	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.363.500,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.151.333,00	
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	0,00	0,000%
-	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	**$ 3.556.933,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se participó en la planeación de los procesos formativos de acuerdo a los lineamientos institucionales en el área correspondiente Se realizó diseños con herramientas tomadas de Gmail como es la Herramienta Classrom, Se ejecutan estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos, Se entregaron los soportes de inscripción en los soportes de inscripción en la formación complementaria,Para el presente se realizó seguimiento oportuno de ésta actividad de asistencias, verificación de los aprendices en la plataforma sofia plus, Se está cumpliendo con las directrices dadas del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo.Ya se realizó y se encuentra con vigencia hasta el 5 de Agosto de 2023, Se ejecutó en este periodo contractual con la ficha programada. 2142897,Se ejecutó el objeto contractual con autonomía e independencia, Se está realizando curso complementario en Bases del Entrenamiento Deportivo,Presenta los requerimientos del centro para el pago de honorarios, Las demás actividades se verán reflejadas en el informe correspondiente al mes de Febrero.

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.

LUIS FERNANDO LEAL RIOS
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,

GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS
INSTRUCTOR

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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) LUIS FERNANDO LEAL RIOS identificado con CC 7554860 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**01/03/2014**
IPS Cotizante:	**INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA ARMENIA SEDE NORTE**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 15 días del mes de enero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS FERNANDO LEAL RIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7554860,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14732379783

(415)7707212489984(8020) 000001473237978 3

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

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEAL	RIOS	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 31 17 A 13

42. Correo electrónico: 1968lealrios@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 7 7 2 3 0 8 6	

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

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 2021 - 01 - 21 / 16 : 50: 38

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 LEAL RIOS LUIS FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

De conformidad con la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007 proferida por el Ministerio de la Protección Social, mediante la cual se regula la práctica de evaluaciones de ingreso, egreso, alturas, periódicas y de controles médicas ocupacionales.

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE		ARMENIA	03/10/2019
SENA PARTICULAR			
Nombre del aspirante o trabajador	LEAL RIOS LUIS FERNANDO		
Documento de Identificación		Edad	Cargo
C.C.	7.554.860	51	INSTRUCTOR

Ingreso [X] Periodico [ ] Egreso [ ]

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo	X	Sin restriccion para alturas		Sin patologia relacionada con la labor	
Con restriccion para el cargo		Con restriccion para altura			
				ALTURAS	

DESCRIPCION RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)

VISIOMETRIA	NORMAL
PSICOLOGO	APTO
AUDIOMETRIA	NORMAL
ESPIROMETRIA	
LABORATORIO	NORMAL
EKG	
DIAGNOSTICO	NO

RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA EMPRESA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION, MEDIDAS ANTIESTRES, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS SEGÚN PROFESIOGRAMA

REMISION A EPS SI NO X REMISION A ARL SI NO X

SE ENTREGA CONCEPTO SI X NO

Médico

Firma:

Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R

LEAL RIOS LUIS FERNANDO

Dra. Luz Andrea Romero Arango
Medico Especialista Salud Ocupacional
LMSO 7332 DEL 2001-2012

03.10.2019 XB PVE (-)

Scanned by CamScanner

FECHA Y CIUDAD DE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN

23 10. 2019 — Arauca

DD MM AAAA — Ciudad

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una X)

Pre-Ingreso [ ] Egreso [X] Periódico [ ] Seguimiento [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA (RÁ) / (RÓ) EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razón Social: Seres — Centro de Trabajo -Sede: Arauca

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE 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	Documento de Identificación: Tipo	Número
Leal	Rios	Luis	Fernando	CC	7166486O

Género (Marque con una X): Femenino [ ] Masculino [X]

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA

Edad (Años)

EPS (A la que se encuentra afiliado)

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador y conocimiento que puede tener el examinador)

Fecha Ingreso de la Empresa: 10 2019 (DD MM AAAA) — Cargo: Instructor — Sección — Antigüedad en el cargo actual (No aplica para ingreso) _____ Años

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGÍA VISUAL (Para cada una de las respuesta afirmativas, especifique a continuación)

	SI	NO	¿Cuál/es?
¿Ha tenido Cirugías ó Traumas Oculares?	[ ]	[X]	
¿Presenta actualmente molestias en los ojos?	[ ]	[X]	
¿Está expuesto a Riesgos Ocupacionales Oculares en el cargo actual?	[ ]	[X]	
¿Usa en el cargo actual Elementos de Protección Ocular?	[ ]	[X]	

(Marque con una X en la casilla correspondiente de SI o NO, según sea el caso. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

Problemas de Refracción SI [ ] NO [X] ¿Cuál? _____ Tiempo de Evolución _____ Años

Corregido SI [ ] NO [X] Tiempo de Corrección Lentes de Contacto [ ] Gafas [ ] Ambos [ ] Frecuencia de Uso _____

Tiempo Transcurrido desde el Ultimo Examen Visual _____ Meses Tiempo Transcurrido desde el Último Cambio de Fórmula _____ Meses

EVALUACIÓN (Marque las respuestas acertadas para cada prueba. No diligencie los espacios sombreados)

VISION LEJANA

Uso de corrección durante examen SI [ ] NO [ ]

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	←	←	←	←	↑	←	←	←	↓	↓	→
Ojo Derecho	←	←	←	←	↓	←	←	←	→	↑	→
Ojo Izquierdo	←	←	←	←	↓	←	←	←	→	↑	↓
Snellen	20/200	20/100	20/70	20/50	20/40	20/35	20/30	20/25	20/22	20/20	20/18
Visión de Profundidad	1 ↓	2 ←	3 ↓		4 ↑	5 ↑	6 ←		7 →	8 ←	9 →
Percepción de Colores	A 12		B 5		C 26		D 6		E 16		F 0
Foria Vertical	1		2		3		4	5	6		7
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										

Calificación según Tabla Snellen: 20/25

VISIÓN PERIFÉRICA (Marque con una (X) según respuesta del Aspirante / Trabajador)

Evaluada SI [ ] NO [ ]

GRADOS	85°	70°	55°	NASAL
DERECHO				
IZQUIERDO				

INTERPRETACIÓN (Marque con una (X) según corresponda)

INTERPRETACIÓN	LEJOS DERECHO	LEJOS IZQUIERDO	CERCA DERECHO	CERCA IZQUIERDO
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X
Patología de Refracción				
* Adecuadamente Corregida				
* Inadecuadamente Corregida				
* No Corregida				

VISION CERCANA

Uso de corrección durante examen SI [ ] NO [ ]

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↑	←	↓
Ojo Derecho	↑	↓	↑	↓	→	↑	→	←	↓	←	→
Ojo Izquierdo	↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	→	←
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										

Calificación según Tabla Snellen: O/S

INTERPRETACIÓN	NORMAL	ANORMAL
Visión de Profundidad	X	
Percepción de Colores	X	
Forias	X	
Visión Periférica		

CONCEPTO (No aplica para Retiro)

Cumple actualmente requerimiento ocupacional SI [X] NO [ ]

RECOMENDACIONES

Debe usar corrección para laborar SI [ ] NO [X] — Valoración por Optometría SI [ ] NO [X] — Valoración por Oftalmología SI [ ] NO [X] — Se recomienda Control de Visiometría en _____ Meses

OBSERVACIONES

EVALUADO POR	INTERPRETADO POR	ASPIRANTE O TRABAJADOR
Dra. Luz Andrea Romero Arango	Dra. Luz Andrea Romero Arango	
Médico Especialista Salud Ocupacional	Médico Especialista Salud Ocupacional	
LM SC [illegible]	LM SC [illegible]	
FIRMA	FIRMA	FIRMA
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Registro:	Registro:	Doc. Identificación:

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS — ORIGINAL: EMPRESA COPIA: VERIFICACIÓN FORMATOS — Epics de 2002 Impresión: Febrero 2016

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLINICO
CARMENZA GOMEZ VARGAS
NIT 41.908.269-1
Teléfono 7 46 88 33 cc 314 2893034
Av. Bolivar 1 – 20 piso 2

Muestra: 2 Página: 1

Paciente: LUIS FERNANDO LEAL RIOS
Edad: 51 A **Sexo:** M **Identificación:** 7554860
Teléfonos: 3207723086
Empresa: DRA LUZ ANDREA ROMERO - Sena

Recepción: 19874 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 02/10/2019 10:27:16 a.m.
Médico : No Asignado

		Resultado	Valores de referencia
1	Colesterol total sérico	196 mg/dL	0 a 200 mg/dL
2	Glucosa sanguínea	85 mg/dL	70 a 110 mg/dL
3	Triglicéridos sérico	136 mg/dL	0 a 150 mg/dL
	Aspecto del Suero	Claro	

BACTERIOLOGA

Scanned by CamScanner

AUDIOMETRIA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

DIA	MES	AÑO	CIUDAD	Ingreso	Egreso	Periódico
3	10	2019	ARMENIA	X		

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

SENA PARTICULAR — ARMENIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	Documento de identificación	
LEAL	RIOS	LUIS FERNANDO	C.C.	7554860

Género (Marque con una (X))

Femenino [X] Masculino [ ]

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORESSI

(Marque con una (X) en el espacio que corresponda para cada factor de riesgo ocupacional, indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Ruido	Uso de Elemento de proteccion: Cuales
SENA	9		

EXPOSICION A RUIDO

Tejo NO

Discoteca NO

Moto NO

Servicio Militar NO

Poligono NO

Walkman NO

ANTECEDENTES MEDICOS AUDITIVOS

Otitis NIEGA

Perforacion NIEGA

Hipoacusia NIEGA

Otros NIEGA

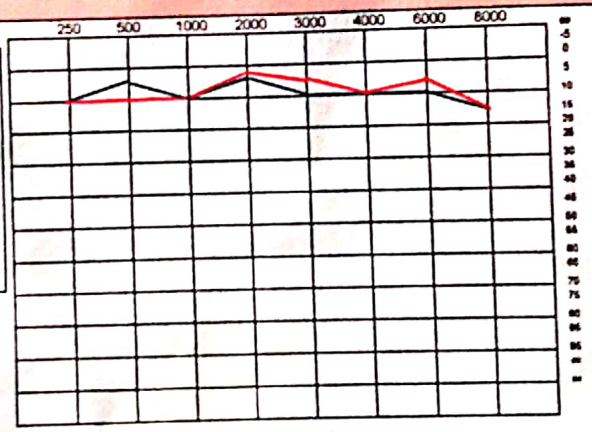
Examen externo:

OD NORMAL_____

OI NORMAL_____

VIA	LAT	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AEREA	OD	10	10	10	5	5	10	5	15
	OI	10	5	10	5	10	10	10	15
OSEA	OD								
	OI								

Diagnosticos	OD	OI
Normal		
Hipoacusia GI		
Hipoacusia GII		
Hipoacusia GIII		
Hipoacusia Mixta		
Hipoacusia conductiva		
DX NORMAL		



NOMBRE:
FIRMA:
REGISTRO:

FIRMA DEL TRABAJADOR:

Scanned by CamScanner

EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL

NOMBRE: LUIS FERNANDO CARGO: EDAD: AÑOS

C.C# 1001 EMPRESA: FECHA: OCTUBRE 3 DEL 2019

AREAS EVALUADAS	ASPECTOS EVALUADOS	E	B	R	M	OBSERVACIONES
AREA COGNITIVA	Capacidad para prever-planear (juicio)		X			Se anticipa a corto plazo. Es inmediatista.
	Percepción viso-motora	X				integración visomotora
ÁREA AFECTIVA-EMOCIONAL	Control de emociones (impulsividad-agresividad)		X			Soluciona medianamente problemas
	Manejo del conflicto		X			Denota medianamente estrategias de afrontamiento del conflicto.
	Relaciones interpersonales	X				Es sociable y amable en la relación con otros.
	Trabajo en equipo	X				Valora el trabajo en equipo y busca el aporte de los demas en sus proyectos.
ÁREA CONATIVA-MOTIVACIONAL	Responsabilidad	X				
	Respeto por reglas (puntualidad, seguimiento de instrucciones, honradez)		X			Se ajusta a las normas sociales pero en ocasiones las cuestiona

APTO: Cumple con todos los criterios	X	OBSERVACIONES: Se halla en adecuadas condiciones de salud mental, posee funciones mentales superiores de juicio conservadas. Con habilidad media para solucionar conflictos. No presenta trastornos de las relaciones sociales interpersonales ni de personalidad.
APTO CON LIMITACIONES: propenso al peligro, deficiencia en más de un área evaluada. Representa Riesgo moderado.		
NO APTO: riesgo alto, deficiencia en diversas áreas. Alto riesgo.		

NORMAL

FIRMA PSICOLOGO (A)

#DE LICENCIA: _1173 DEL 2013_____

Scanned by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS FERNANDO LEAL RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7554860 realizó el día 10/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LUIS FERNANDO LEAL RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7554860 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

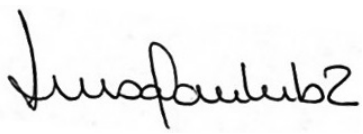
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor LUIS FERNANDO LEAL RIOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.554.860, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 1.

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): 202101012280647.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

armenia
COLOMBIA

2021/01/15

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUIS FERNANDO LEAL RIOS** con ***Cédula de Ciudadanía*** número **7554860** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **136070425345**
Fecha apertura: **2007/02/01**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

Escaneado con C

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
ARMENIA	ARMENIA	60	60-44-101008060	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	02	2021	01	02	2021	00:00	18	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
LEAL RIOS, LUIS FERNANDO	CC: 7.554.860

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 19 NRO. 30 - 40	ARMENIA, QUINDIO	310358985

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 18 NRO. 7 - 58	ARMENIA, QUINDIO	7461417

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 NRO CO1.PCCNTR.2195637 CUYO OBJETO ES, PRESTACION DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMETARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDIO, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2021	18/04/2022	$4,039,660.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********4,039,660.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	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 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA

60-44-101008060

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: PAG EST SEG DEL EST
NUM APROBACION: 698761
REFERENCIA: 1100020077680O
FECHA EFECTIVA: LUN 1 FEB 21
TRANSACCION: 217800722035
VALOR: 33.320
FECHA EXPE:LUN 1 FEB 21 14:07:21
032-00161781-102
782883-866162-644622-242394-47
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 331628 CLR 41949113
01158266-258082

Escaneado con C