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 BOYACÁ
CENTRO MINERO- BOYACA - 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	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**49178-505008**
No. de documento	**22077**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS	**C.C.**	7.162.295	**IP/Nº de contacto**	3108578317
Correo electrónico contratista:	jhhernandeza@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	SI	**Es declarante de renta?**	SI	**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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24020520667	
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:	2281052/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**15721**	
Valor Total del Contrato	$ 36.723.733	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.723.733	**1**	**Del**	**22/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 1.116.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.607.133		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: OBJETO INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN VIRTUAL EN EL ÁREA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE ATIENDE EL CENTRO MINERO. RADICADO 9-2021-000788

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.116.600	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.116.600**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 559.455**	**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	----------	**19493583**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 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	$ 111.660	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 186.485	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	559.455,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	857.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0%
Menos Retencion IVA	0,00	0%
Reteica - 8299	0,00	
-	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	**$ 1.116.600,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO DIECISEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar los servicios Profesionales de carácter temporal como instructor del programa de formación virtual en el área de Gestión Administrativa que atiende el Centro MINERO, de acuerdo con la programación establecida el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad y la normatividad vigente.
ASistir a las conferencias programadas por los E-pedagogos en fortalecimiento de acciones de formación por plataforma TERRITORIO

CTA DE AHORROS: CAJA SOCIAL 2402020667

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.

JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS
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,

ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS
IDENTIFICACION:	CC-7162295
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-02-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-02-22
FECHA DE PAGO:	2021-01-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2021-01
PERIODO SALUD:	2021-01
NUMERO PLANILLA:	19493583
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19493583
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.500	$ 9.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 268.500	$ 268.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/03/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1051066720**	**SARAH VALERIA HERNANDEZ LEON**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

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

Cordialmente,

_____
FIRMA

Nombre: JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS

C.C. 7162295 DE TUNJA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1051066720

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39076571

39076571

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	☐☐	☐	☐	☐	D 7 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 3 TUNJA COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ**********	LEON**********

Nombre(s)

SARAH VALERIA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes NOV Día 19	FEMENINO*********	A*******	+********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6666093**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LEON MEDINA CLARA PATRICIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040035883**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0007162295**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0007162295**********	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes NOV Día 26	GUILLERMO SANDOVAL FONSECA********
	Nombre y firma

Guillermo Sandoval Fonseca
3ª NOTARIO TERCERO
TUNJA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE TUNJA
ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA
SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA
TRAMITES LEGALES.
TIENE VIGENCIA PERMANENTE SALVO EXEPCIONES
DE LEY.

ESPACIO PARA NOTAS

TUNJA: 12 MAY 2015

Guillermo Sandoval Fonseca
3ª NOTARIO TERCERO
TUNJA

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA

3ª NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE TUNJA

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1051066720

*

Tipo de certificado — Datos Esenciales [ ] — Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ LEON SARAH VALERIA**********

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)							Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	1 9		FEMENINO**********	A +******

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Fecha de Inscripción (Mes en letras)						Indicativo serial
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	2 8	0039076571**********

Datos de la Madre: — Apellidos y Nombres completos

LEON MEDINA CLARA PATRICIA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 40035883**********	COLOMBIA**********

Datos del Padre: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 7162295**********	COLOMBIA**********

Datos del Solicitante: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 7162295**********

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE Y ES VALIDO PARA TRAMITAR DOCUMENTOS**********

****

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País	Departamento	Municipio	Código
COLOMBIA	BOYACA	TUNJA**********	0 7 N

Fecha de Expedición del certificado (Mes en letras)						
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	2 8	

NOTARIA ENCARGADA

Piedad S. de Borras

PIEDAD SANDOVAL DE BORRAS

NOTARIO

Hace constar:

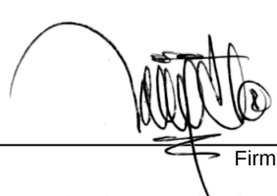
Que el Sr(a) JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7162295 realizó el día 23/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7162295 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14561933670

(415)7707212489984(8020) 000001456193367 0

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

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	7162295	19881005

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ARIAS	JOSE	MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 47 B 29 AP 201

42. Correo electrónico: jmao@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7423233	3108578317

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
8560	20041015	8543	20041004	8542	8541	2419	

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 22	49																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 29 - 01

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

FORMATO VISIOMETRÍA

Óptica Irislent

CIRO ALFONSO CUCAITA ESQUIVEL
Optómetra. Universidad de la Salle.
Reg. 10220/2008

FECHA:	EMPRESA:
29-01-019	

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL PACIENTE	José Mauricio Hernandez Arias	
EDAD: 48 años	No IDENTIFICACIÓN: 7162295	RX ÓPTICA: NO

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA (VL)	VISIÓN PRÓXIMA (VP)	CON CORRECCIÓN (CC)
OD 20/40-	OD 0.5J7	OD ———
OI 20/25-	OI 0.5J7	OI ———

OFTALMOSCOPIA

OD	Fondo aparentemente
OI	Sano en ambos ojos y
SEGMENTO ANTERIOR	Pinguecula nivel de
	Anexos Sanos en Ambos ojos
ESTADO MOTOR	Ortofórico
ESTEREOPSIS	40" Normal
VISIÓN CROMÁTICA	Normal en ambos ojos

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

(1) Astigmatismo leve en Ambos ojos.
(2) Presbicia A.U

OBSERVACIONES

Se sugiere uso de corrección óptica para distancia Prolongada.

FIRMA DEL OPTOMETRA	FIRMA DEL PACIENTE
Ciro A. Cucaita Esquivel OPTÓMETRA UNIVERSIDAD DE LA SALLE R. 10220	

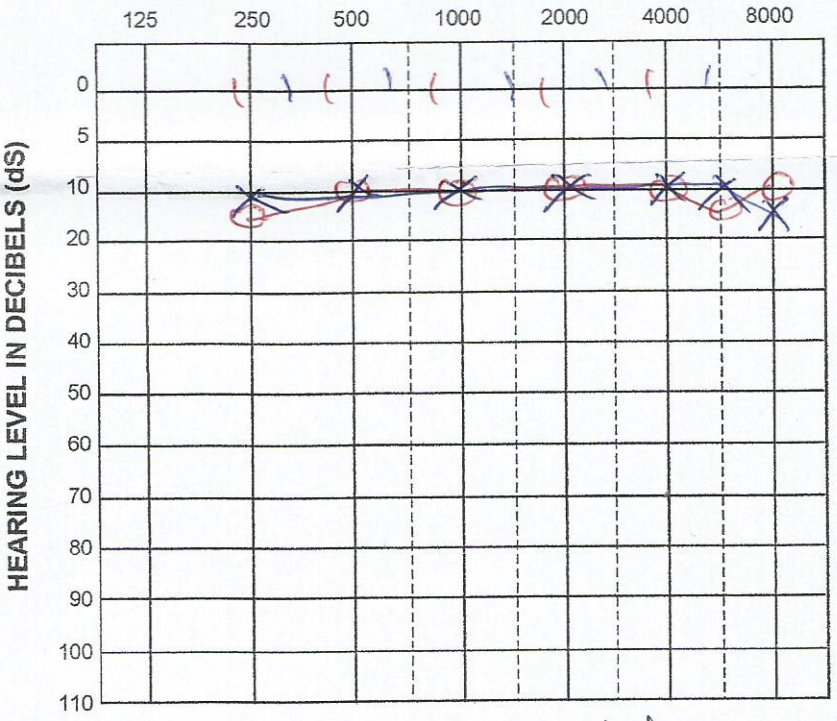
Centro Audiologico Sandra Pinzón.

Cra. 10 N° 16-19 Edificio Bancolombia Of. 603
Cel: 3123516055 · Tunja - Boyacá
Citas: Cel. 3008104428 - 8:00 a.m. a 12:00 m.

Nombre Jose mauricio Hernandez_A Edad 48 años

Ocupación Instructor victual Identificación: 7162295 Fecha Enero 29-2019.

AUDIOGRAMA



LOGOAUDIOMETRÍA

	OD	OI
PTA		
SRT		
SD		
%		

OBSERVACIONES: Sensibilidad auditiva normal bilateral.

RECOMENDACIONES: Control acustico anual

Sandra Pinzón León
FONOAUDIÓLOGA ESPECIALISTA EN AUDIOLOGÍA
R.P. 036

Fonoaudióloga Especialista en Audiología

Otros Servicios: **Venta de Audífonos** y accesorios (pilas), **Potenciales Evocados Auditivos**. Impedanciometria, Otoemisiones acústicas. **Venta de Protectores auditivos Ruido y piscina**

FABIO HERNANDO PABON AROCHA, con Tarjeta Profesional No. 169888 expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos y legalmente autorizado(a) para ejercer la profesión; en consonancia con lo dispuesto en los artículos 6° y 12° de la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006.

CERTIFICA

Que el señor **JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS** de 48 años de edad e identificada con cédula de ciudadanía No. 7.162.295 de Tunja ha sido valorada psicológicamente para determinar su estado de salud mental, obteniendo el siguiente resultado:

ITEM	SUBESCALAS	PUNTUACION GHQ (punto de corte 5/6)	INTERPRETACION	
			PRESENTE	AUSENTE
A	SINTOMAS SOMÁTICOS	0		X
B	ANSIEDAD - INSOMNIO	0		X
C	DISFUNCIÓN SOCIAL	0		X
D	DEPRESIÓN	0		X

CONCLUSIÓN:

Estado de Salud Mental ☒ **SIN** ☐ **CON** indicadores de alteración, que a la fecha de la valoración le califican ☒ **APTO** ☐ **APTO CON RECOMENDACIONES** para el Ingreso Laboral.

RECOMENDACIONES:

☐ Valoración/seguimiento por Psicología EPS

☐ Valoración por Psiquiatría

Estrategia – Instrumento de Valoración:

Entrevista Básica de Exploración del Estado Mental: Permite valorar las funciones mentales y psicológicas del paciente.

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG – GHQ28: El Cuestionario de Salud General es una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo. *(Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 31(3)/pp. 532-545/2013/ISSNe2145-4515)*

Se expide el presente certificado para los usos laborales a que haya lugar. Los resultados se refieren a la situación que existe en el momento de la aplicación de los instrumentos de valoración, por ello, no deben extrapolarse a otras circunstancias o condiciones ambientales.

Firmado en Tunja a los 29 días del mes de enero de 2019.

Firma Profesional: FABIO H. PABON A. PSICÓLOGO C.C. 91.256.929 de B/ga. T.P. 169888 - COLPSIC T.S.O. L.S.O.1289/14 S.S.B.

T.P. 169888

Nombre: FABIO HERNANDO PABON AROCHA

Cédula de Ciudadanía: 91.256.929 de Bucaramanga

Laboratorio clínico Evelia Torres López
Plaza Real Of.219A
Bacterióloga Universidad Javeriana

Nombre: MAURICIO HERANNDEZ	**Numero de orden:** 21
Edad: 48años	**Identificación:** 7.162 295
Entidad: PARTICULAR	**N° de Carnet:**

Hematología

Examen	Resultado	Valor de referencia
Hematocrito	45	30 – 45%
Hemoglobina	14.7	10 – 14 gr/dl
Recuento Total de leucocitos	5.700	De 5.000 – 10.000 mm
Neutrofilos	57	20 – 45%
Linfocitos	41	46 – 76%
Eosinofilos	2	
Basofilos		
Monocitos		
Cayados		
Blastos		
Recuento de plaquetas		150.000 – 450.000 mm
Recuento de reticulocitos		0.5 – 1.5%
Velocidad de segmentación ½ hora mm 1 Hora mm		
Morfología Globular:		

Grupo Sanguíneo		Factor Rh	
Serología		Tecnica RPR Carbón	
Baciloscopia			
Pruebas de Coagulación			
Tiempo de Protrombina	**10-14 Seg**	K:P:T.T.	**33 – 48Seg**
I.N.R.			

OBSERVACIONES:

Fecha: 30 ENE 2019

Responsable: Evelia Torres

Laboratorio Bioclínico LUIS PASTEUR

Calle 20 13 – 14 Oficina 219ª Celular 3153936158 - 3156000019

Laboratorio clínico Evelia Torres López
Plaza Real Of.219A
Bacterióloga Universidad Javeriana

Nombre: MAURICIO HERNANDEZ	**Numero de orden:** 21
Edad: 48años	**Identificación:** 7.162 295
Entidad: PARTICULAR	

Química

Examen	Resultado	Valor de referencia
Glicemia Basal	96	60-110 mg/dl
Glicemia Posprandial		60-110 mg/dl
Creatinina		0.6 -1.4 mg/dl
Nitrógeno Ureico		Hasta 22 mg/dl
Acido Úricq		2.4 -7 mg/dl
Colesterol Total	185	Hasta 200 mg/dl
Colesterol HDL	41	35 – 65 mg/dl
Colesterol LDL	116	Hasta 150 mg/dl
Colesterol VLDL	28	
Triglicéridos	114	Hasta 150 mg/dl
Proteínas Totales		6.6 – 8.3 gr/dl
Globulinas		
Albuminas		3.5 – 5.0 gr/dl
Bilirrubina Directa		Hasta 0.5 mg/dl
Bilirrubina Indirecta		
Bilirrubina Total		Hasta 1.1 mg/dl
Transaminasa Oxalacetica		Hasta 19 U/L
Transaminasa Pirúvica		Hasta 22 U/L
Fosfatasa Alcalina		98 – 278 U/L
Amilasemia		Hasta 28 – 100 U/L
Proteína C Reactiva		Menor 6 mg/dl
Factor Reumático		Menor 8 UL/ml
Antiestreptolisinas		Menor 200 UL/l

Observaciones:

Fecha: 30 ENE 2019

Laboratorio Bioclínico LUIS PASTEUR

Responsable: Evelia 1004

Calle 20 13 – 14 Oficina 219ª Celular 3153936158 - 3156000019

Cruz Roja Colombiana Seccional Boyacá	CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL	CÓDIGO CRCSB-DSS-CMAL
		VERSION: 03

Examen Ocupacional de	☒ PRE-INGRESO ☐ PERIODICO ☐ RETIRO ☐ OTRO
Pruebas Realizadas	☒ Audiometría ☒ Optometría ☐ Espirometría ☐ Vértigo ☒ Otro Psicología
Laboratorios:	Glicemia, Colesterol total, Colesterol ldl, colesterol Hdl, Triglicéridos, Hemograma,

DATOS GENERALES

Ciudad y Fecha:	TUNJA 30 ENERO 2019
Nombres y Apellidos:	JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS.
Identificación:	7162295
Empresa:	SENA
Cargo:	Instructor Sena
Empresa aporta Profesiograma	☐ SI ☒ NO

CONCEPTO

APTO Reúne las condiciones físicas para desarrollar las labores del cargo	X
APTO CON RESTRICCION Presenta condiciones de salud que lo restringen para desarrollar las labores del cargo	
NO CUMPLE LAS CONDICIONES Presenta condiciones de salud que pueden agravarse con las labores del cargo	
APLAZADO	

EXAMEN PERIODICO: ☐ NORMAL ☐ CON CONTROL POR EPS ☐ CON CONTROL POR ARL

EXAMEN DE RETIRO: ☐ NORMAL ☐ CON CONTROL POR EPS ☐ CON CONTROL POR ARL

APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS ☐ Apto ☐ Apto con recomendaciones ☐ No apto ☐ Aplazado

APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS ☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

Observaciones: ———

RECOMENDACIONES

☒ Pausas activas	☐ Dieta balanceada	☐ Uso de elementos de protección personal
☒ Higiene postural	☒ Bajar de peso	☒ Uso de corrección óptica para laborar
☐ Adecuado manejo de cargas	☐ Control de valores de lípidos	☒ Hábitos de vida saludable
☐ Medidas anti-estasis venoso	☐ Ejercicio físico	☐ Dejar de fumar

REMISION A: ☒ Optometría ☐ Medicina General ☐ Especialista:

Alteracion visual no corregida

RESTRICCIONES: Ninguna

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO

☒ Visual	☐ Cardiovascular	☐ Auditivo	☐ Osteomuscular	☒ Nutricional	☐ Otro:

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS QUE HE SUMINISTRADO SON VERIDICOS Y QUE NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD.

FIRMA DEL EXAMINADO
C.C. 7162295

Edith Silva Cañas
MED. CIRUJANO * R.M. 1295
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. No. 846 * U.P.T.C.

FIRMA DEL MEDICO
C.C. 39.651.048
REGISTRO MEDICO Y LIC. SALUD OCUPACIONAL

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

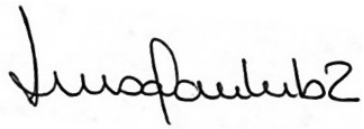
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.162.295, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 19/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 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): 202101012466924.

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS Identificado con CC 7162295

Actualmente tiene(n) Cuenta de Ahorros, radicado(a) en la oficina TUNJA, con las siguientes características:

Número:	24020520667
Fecha de apertura:	23 de Febrero de 2009
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a A quien pueda interesar: SENA - Centro Minero Regional Boyaca, el 16 del mes Febrero de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2020
Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019

Compañía de Seguros

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6003043079

PÓLIZA No: 600 - 47 - 994000060408 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **TUNJA** COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
19	02	2021	19	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS** IDENTIFICACIÓN: CC **7.162.295**

DIRECCIÓN: KR 8 47 B 29 APTO 201 CIUDAD: TUNJA, BOYACA TELÉFONO: 7428572

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

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

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	19/02/2021	20/04/2022	3,672,373.30

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO NO.CO1.PCCNTR.2281052 , DE FECHA 19 DE FEBRERO 2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL PROGRAMA DE FORMACION VIRTUAL EN EL AREA DE GESTION ADMINISTRATIVA QUE ATIENDE EL CENTRO MINERO, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ESTABLECIDA, EL MODELO PEDAGOGICO DEL SENA, LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTION INTEGRAL DE CALIDAD Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. Y DEMAS ESPECIFICACIONES DEL PRESENTTE CONTRATO.

SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO ES EL CENTRO MINERO DEL SENA REGIONAL BOYACA NIT: 899.999.034-1 DERECCION: KILOMETRO 7 VEREDA MORCA SECTOR BATA SOGAMOSO TELEFONO: 721313

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,672,373.30	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ELAR SEGUROS LTDA ELAR SEGUROS LTDA	9510	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000600304307

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

C8D8207B0F0BFF7E58

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

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

VIGILADO

FM-ADMI-14

ELBA LILIA ACUÑA RODRÍGUEZ
ASESORA EN SEGUROS

SEGUROS Ltda.
NIT. 901283300 - 7

Tunja, Carrera 9 Nº. 20-99 - Of. 102 - Centro Comercial 2000 - Teléfonos 743 5034 - 744 8839
Cels. 310 6987463 - 300 4965599 - E-mail: elarsegu@yahoo.com - comercial@elarseguros.com

Fecha: 19 (Día) 02 (Mes) 2021 (Año)

RECIBO DE PAGO Nº 3671

De: Jose Mauricio Hernandez Areas

Dirección: _____ Teléfono: _____

PRODUCTO	COMPAÑIA	No. POLIZA Y/O CONTROL	CONCEPTO	VALOR
Cto	Solidaria	994-60408	Pago Total	$ 29.750

SON: Veintinueve mil setecientos cincuenta pesos m/cte

OTROS	$	
SUBTOTAL	$	
IVA	$	
TOTAL	$	29.750
SALDO	$	

Este documento no es válido como Póliza o Título Legal.

Recibí: _____