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 MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.
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	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**21040-517033**
No. de documento	**47336**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALBERTO MOVILLA DELACRUZ	**C.C.**	5.048.993	**IP/Nº de contacto**	3164511087
Correo electrónico contratista:	movillaalberto0163@gmail.com				

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:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		235169828	
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:	2298181/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**17521**	
Valor Total del Contrato	$ 36.530.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.530.000	**1**	**Del**	**25/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 520.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.010.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR EN LA ESPECIALIDAD DE PECUARIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DEL CAAG

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 520.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 520.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 195.750**	**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	----------	**7783867256**
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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 65.250	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	195.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	261.000,00	
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	1.827,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	10.400,00	2,000%
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	**$ 507.773,00**	

SON: QUINIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión Introducción al Programa Doble Titulación SENA 2021.Reunion Introduccion al Programa Doble Titulacion SENA 2021.
Reunión Seguimiento Proceso de Certificación Aprendices Programa Doble Titulación SENA 2020.
Elaboración de Proyectos Formativos Fichas de Grado 10 a Responsabilidad.
Alistamiento de la formación profesional integral en la especialidad de pecuaria.
Presentación de la cuenta de cobro SENA mes de Febrero.
Presentación de la planilla de pago Seguridad Social Mes de Enero.
Presentación del Informe Mensual Contractual SENA 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.

ALBERTO MOVILLA DELACRUZ
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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5048993
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 12 22 09	TELÉFONO:	4226683
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7783867256**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		923204801	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.800	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES:									**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																														PENSIÓN								SALUD							ARP																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5048993	MOVILLA DE LA CRUZ ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS042 - COOSALUD	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	5048993	$ 4.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 263.800**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14401564175

(415)7707212489984(8020) 000001440156417 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 0 4 8 9 9 3	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 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	5 0 4 8 9 9 3	1 9 8 4 0 4 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Pedraza 5 4 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOVILLA	DE LA CRUZ	ALBERTO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Zapayán 9 6 0

41. Dirección principal
CR 7 3 63 BRR EL SILENCIO

42. Correo electrónico movillaalberto0163@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 2 2 7 6 8 3	3 2 1 6 9 7 0 5 9 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 4 1	2 0 1 3 0 2 0 1	7 5 0 0	2 0 1 3 0 2 0 1	8 5 2 3			2 2 2 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

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 2017 - 10 - 17

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. seaún el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre CABELLO BELTRAN ELIAS ARTURO
985. Cargo Punto de Contacto Presencial

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	11 mar 2019 09:51:06 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20160526	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 3	
Paciente	**MOVILLA DE LA CRUZ ALBERTO**		Sexo M	Edad 55A 8M 10D	**Nro. De Recepción**	**22941**	
Identif.	CC 5048993	Teléfono		Fecha De Recepción	11 mar 2019 09:38:10 am		
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE			

HEMATOLOGIA

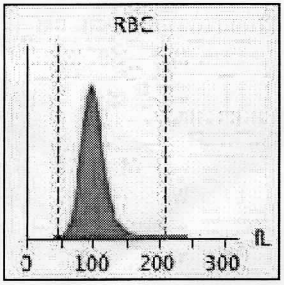
HEMOGRAMA TIPO IV

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	15,30	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	51,40	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	5,10	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	100,80	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	30,00	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	29,80	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	13,40	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	46,90	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,00	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	49,90	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	3,50	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	39,60	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,80	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	10,50	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,70	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	262	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	2,29	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	8,70	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,30	fL	6,50 a 12

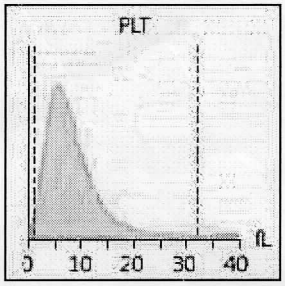
Fecha Reporte 11 mar 2019 09:48 am

Zona de gráficos

RBC



PLT



fin de gráficos

QUIMICA

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	11 mar 2019 09:51:06 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20160526	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 2 de 3	
Paciente	**MOVILLA DE LA CRUZ ALBERTO**			Sexo M	Edad 55A 8M 10D	**Nro. De Recepción**	22941
Identif.	CC 5048993	Teléfono			Fecha De Recepción	11 mar 2019 09:38:10 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

COLESTEROL TOTAL

Colesterol total sérico — 196 — mg/dl

Colorimetria

Valores de Refencia:

Normal: Menor de 200 mg/dl
Moderado: De 200 a 239 mg/dl
Alto: Mayor de 240 mg/dl

Fecha Reporte 11 mar 2019 09:49 am

Glicemia en Ayunas — 109 — mg/dl — 60 a 110

Colorimetria

Fecha Reporte 11 mar 2019 09:49 am

Colesterol HDL — 35,20 — mg/dL — 35 a 50

INTERPRETACION

Riesgo Menor.....>50mg/dL
riesgo normal.....35-50mg/dL
Riesgo elevado.....<35 mg/dL

Fecha Reporte 11 mar 2019 09:49 am

Colesterol LDL — 113 — mg/dl

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

Fecha Reporte 11 mar 2019 09:49 am

Trigliceridos sérico — 241 — mg/dl — 40 a 160

Colorimetria

Fecha Reporte 11 mar 2019 09:49 am

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	11 mar 2019 09:51:06 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20160526	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 3 de 3	
Paciente	**MOVILLA DE LA CRUZ ALBERTO**		Sexo M	Edad 55A 8M 10D	**Nro. De Recepción**	**22941**	
Identif.	CC 5048993	Teléfono		Fecha De Recepción	11 mar 2019 09:38:10 am		
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE			

Resultados	Unidades	Valores Referencia

Grase Socarrás C.
T.P. 1065582385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

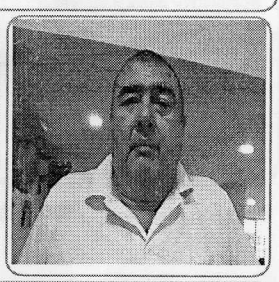
PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **11/03/2019 07:39:00**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ**

Cargo **VETERINARIO** Doc. Identidad **CC 5048993**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, ANEXO OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, PERFIL LIPIDICO(TOTAL,HDL,LDL,TRIG), GLICEMIA, HEMOGRAMA TIPO IV

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
INGESTA DE ACIDOS GRASOS MONOSATURADOS Y POLINSATURADOS
REALIZAR 60 MINUTOS DE EJERCICIO AEROBICO DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE EPS
CONTROL DE LIPIDOS POR EPS
USO DE LENTES MEDICADOS.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumpllimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 8905/2009 SDSM

Trabajador: ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ
CC: 5048993
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBERTO MOVILLA DELACRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 5048993 realizó el día 15/03/2021 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 ALBERTO MOVILLA DELACRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 5048993 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBERTO MOVILLA DELACRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 5048993 realizó el día 15/03/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBERTO MOVILLA DELACRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 5048993 realizó el día 15/03/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALBERTO MOVILLA DELACRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 5048993 realizó el día 15/03/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

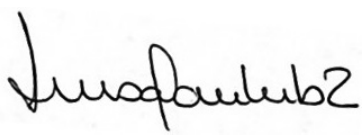
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 5048993, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/02/2021 y fecha fin de contrato 07/12/2021 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): 202101013350130.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ALBERTO MOVILLA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 5.048.993 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 235169828, abierta/o desde el 23/12/2018, con saldo a la fecha de: $ 0

Se expide en Bogotá el día 20 del mes de Noviembre del año 2020 con destino a: A quien le interese



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

PÓLIZA
ISC000001184

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	PRODUCTO	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100055	CERTIFICADO	0	DOCUMENTO : Nuevo	TEL: 4216266
AGENCIA	SUC. SANTA MARTA			DIRECCIÓN	CARRERA 3 NO 17 27 LOCAL 08 CENTRO COMERCIAL REX

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
26	2	2021	DESDE	25	2	2021	HORA	00:00	26	2	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	7	12	2021	HORA	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ			NIT/CC	5048993
DIRECCIÓN	CALLE 12 N.22-05	E-MAIL	MOVILLAALBERTO0163@GMAIL.COM	TEL/MOVIL	3164511087
ASEGURADO	SENA REGIONAL MAGDALENA			NIT/CC	899999034
DIRECCIÓN	AVD FERROCARRIL N.27-97	E-MAIL	SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO	TEL/MOVIL	4232064
BENEFICIARIO	SENA REGIONAL MAGDALENA			NIT/CC	899999034
DIRECCIÓN	AVD FERROCARRIL N.27-97	E-MAIL	SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO	TEL/MOVIL	4232064
AFIANZADO	ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ			NIT/CC	5048993
DIRECCIÓN	CALLE 12 N.22-05	E-MAIL	MOVILLAALBERTO0163@GMAIL.COM	TEL/MOVIL	3164511087

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD	SANTA MARTA
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
LOCALIDAD	SANTA MARTA
DIRECCION	SANTA MARTA
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$ 3,653,000

VIGENCIAS GARANTIA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DIAS DE VIGENCIA
2021-02-25	2021-12-07	285

VALOR A SEGURADO TOTAL	$ 3,653,000
NUMERO DE RIESGOS	

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 14,000	$ 5,000	$ 3,610	$ 22,610

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO	
COMPAÑÍA	PARTICIPACION

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
901158300	AGENCIA DE SEGUROS FENIX LTDA	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

SEGURO

CUMPLIMIENTO ESTATAL

INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO	0403	PRODUCTO	CUMPLIMIENTO ESTATAL		
COD.AGENCIA	100055	CERTIFICADO	0	DOCUMENTO : Nuevo	TEL: 4216266
AGENCIA	SUC. SANTA MARTA			DIRECCIÓN	CARRERA 3 NO 17 27 LOCAL 08 CENTRO COMERCIAL REX

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
26	2	2021	DESDE	25	2	2021	HORA	00:00	26	2	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	7	12	2021	HORA	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ				NIT/CC 5048993
DIRECCIÓN	CALLE 12 N.22-05	E-MAIL	MOVILLAALBERTO0163@GMAIL.COM		TEL/MOVIL 3164511087

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 14082019-1501-P-05-00000000000000403-DI00, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

*** OBJETO***

GARANTIZAR EL CUMPLIENTO EL CONTRATO N,CO1.SLCNTR.6376617 CELEBRADO ENTRE EL SENA Y ALBERTO MOVILLA DE LA CRUZ CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD DE PECUARIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538