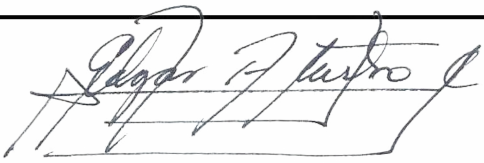


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		Código Regional	76
			Código Centro	912410
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	35514-970959
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES Correo electrónico contratista: dlbermudez@sena.edu.co		C.C. 94.364.943	IP/N° de contacto 3006535057	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: BANCO BBVA		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ NO		
		Tipo de cta AHORROS		N° Cuenta 142225127
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) ☒ SI		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 5494587/2023		N° Compromiso SIIF 361023		
Valor Total del Contrato \$ 6.133.333	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 133.333,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 6.133.333		Del 30/10/2023	Al 31/10/2023	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 6.000.000		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 133.333		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 133.333		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 0		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000	0000000000		Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000			Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -			Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
ARL II \$ 12.200			Menos Retencion IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833			Reteica - 8523 400,00 0,300%	
\$ 33.333			Pro-UCEVA 667,00 0,500%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466			Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466			Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200			Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -			VALOR A PAGAR \$132.266,00	
Dependientes hasta \$ 1.357.184				
Salud hasta \$ 678.592				
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123				
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: CIENTO TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se adjunta planilla Certificación Bancaria Exámenes médicos RUT Certificado afiliación EPS Certificado afiliación Pensión Póliza de cumplimiento				
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.				
			EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ INSTRUCTOR G08	
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 MAURICIO GOMEZ FAJARDO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Afiliación electrónica sistema general de Pensiones

 Datos personales

Información general	
Número de solicitud 171129740	Tipo de afiliación Vinculación Inicial
Lugar de solicitud Afiliación Electrónica	AFP administradora anterior
Fecha de solicitud 18/10/2023	Régimen administrador anterior
Entidad destino Protección S.A.	Traslado pensión familiar NO

Información personal	
Tipo de documento CC	Número de documento 94364943
Lugar de expedición COL, TULUA	Fecha de expedición 31/07/1989
Primer nombre EDGAR	Segundo nombre ADOLFO
Primer apellido CASTRO	Segundo apellido CIFUENTES
Fecha de nacimiento 06/04/1971	Nacionalidad COL
Lugar de nacimiento COL, VALLE DEL CAUCA, TULUÁ	Género MASCULINO
Estado civil	Correo electrónico EDGARADOLFOCC@GMAIL.COM
Teléfono de residencia	Celular 3006535057
Lugar de residencia COL, VALLE DEL CAUCA, TULUÁ	Dirección residencia CARRERA 21 38B 12
Ha cotizado más de 150 semanas en NINGUNO	Autorizo el envío de información a EMAIL
Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico SI	Autorizo el envío de información al celular SI

 Datos laborales

Información del empleador	
Tipo de afiliado VOLUNTARIO	
Tipo identificación empleador	Número identificación empleador (Sin dígito de verificación)
Nombre o razón social	Ciudad empleador
Dirección correspondencia empleador	Correo electrónico empleador
Teléfono	Teléfono celular
Ocupación o cargo actual INGENIERO	Salario mensual \$ 4000000
Garantizo que he firmado la afiliación a Pensiones Obligatorias a través del código de 6 dígitos OTP SI	

 Beneficiarios

Beneficiario 1

Tipo de documento	Número de documento
Parentezco	Género
Nombres	Apellidos
Fecha de nacimiento	

Beneficiario 2

Tipo de documento	Número de documento
Parentezco	Género
Nombres	Apellidos
Fecha de nacimiento	

Beneficiario 3

Tipo de documento	Número de documento
Parentezco	Género
Nombres	Apellidos
Fecha de nacimiento	

Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes.

Voluntad de selección y afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

Autorización de recolección y uso de datos personales

1. Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asofondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividades que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los fines enunciados en la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN, documento que he leído y me fue suministrado con la afiliación.

a. Para que PROTECCIÓN pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de sociedad administradora de fondos de pensiones y cesantías, en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexas, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes se compartirá mi información personal.

b. Para que con fines propios del objeto social, estadísticos y de control de riesgos de las entidades autorizadas, puedan consultar la base de datos de información, personal, financiera y crediticia. Así mismo, para que comparta mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales o tributarias.

2. Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas y/o con proveedores con el propósito de cumplir con el objeto social, prestar adecuadamente el servicio, gestionar riesgos, atender reclamos y realizar gestión comercial, conforme a la normatividad vigente. Si quieres conocer con quiénes compartimos tu información, puedes acceder al siguiente enlace: <https://www.proteccion.com/contenidos/persona/cesantias/ley-proteccion-datos-personales>.

SI

3. Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial o publicitaria relacionada con nuestros productos, servicios, eventos o alianzas, a través de medios físicos o virtuales registrados.

SI

Declaraciones del titular

a. Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera.

b. Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN y su aviso de privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.proteccion.com

Obligaciones lavado de activos

1. Me obligo con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

Firma del solicitante

N° de identificación del solicitante 94364943

HISTORIA OPTOMETRICA OCUPACIONAL

EMPRESA: SENA

FECHA: OCTUBRE 18 2023

NOMBRE: EDGAR ADOLFO CASTRO C/ FUENTES

C.C. 94.364.943

OCUPACION: INSTRUCTOR

EDAD: 52

1. ANAMNESIS

PRIMERA VEZ SI ☐ NO ☒ ULTIMO EXAMEN VISUAL 3 años
 USA RX VEZ SI ☐ NO ☒ GAFAS ☐ LENTES ☐ PERMANENTE ☐
 Rx EN USO OD ADD
 OI CLASE

2. ANTECEDENTES PERSONALES

HTA ☐ DIABETES ☐ TRIGLICERIDOS ☐ OTROS —
 PTERIGIO ☐ GLAUCOMA ☐ CX OCULAR OTROS Niega

3. ANTECEDENTES LABORALES (FACTORES DE RIESGO)

FISICOS: RADIACIONES (UV-IR) ☐ SOLDADURA ☐ FUNDICION ☐ ILUMINACION ☒ CALOR ☒
 QUIMICOS: POLVO ☒ HUMO ☐ LIQUIDOS ☐ GASES Y/O VAPORES ☐
 FISICO-QUIMICOS: MADERA ☐ PAPEL ☒ TEXTILES ☐ SUSTANCIAS INFLAMABLES ☐ METAL ☐
 ELECTRICOS: APARATOS ELECTRICOS ☒
 BIOLOGICOS: MATERIAL DE LABORATORIO ☐ SECCIONES ☐ OTROS Luz Artificial
 ERGONOMICOS: FIJACION PERMANENTE ☐ OTROS Brillar de pantalla
 OBSERVACIONES Luz Solar

4. SINTOMAS ACTUALES

MALA VISION LEJOS ☒ CANSANCIO ☐ CEFALEA ☐
 MALA VISION CERCA ☒ LAGRIMEO ☐ PRURITO ☐

ENROJECIMIENTO ☐ ARDOR ☐ SECRECION ☐
DESVIACION OCULAR ☐ FOTOFOBIA ☐ RESEQUEZADA ☐

5. EXAMEN

AGUDEZA VISUAL

SC ☒ LEJOS OD 20/30 CC ☐ LEJOS OD 20/20
OI 20/40 OI 20/25
CERCA OD 0.75 CERCA OD 0.50
OI 1.00 OI 0.75

EXAMEN EXTERNO Normal

ESTADO MOTOR

CT # VL # VP # PPC

OFTALMOSCOPIA

OD N/A OI N/A

REFRACCION

OD N/A AV
OI N/A AV

SUBJETIVO (RX FINAL)

OD N/A
ADD N/A

VISION CROMATICA

OD Normal OI Normal

ESTEREOPOSIS 80" Anisotropia porosa corregida

DIAGNOSTICO Gafas Berman

CONDUCTA

RECOMENDACION Udacaem en 6 mes

[Firma]
FIRMA OPTOMETRA
REG. 04103

PACIENTE:	Edgar Adolfo Castro Cifuentes		
IDENTIFICACIÓN:	94.364.943	FECHA NACIMIENTO:	
FECHA EXAMEN:	Octubre-18-2023	EDAD:	52 años
ORDEN:		SEXO:	Masculino

ANALISIS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA	84	70-110 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	210	MENOR DE 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	270	HOMBRES 30-150 mg/dl
COLESTEROL DE HDL	56	MUJERES 45-65 mg/dl HOMBRES 35-55 mg/dl
COLESTEROL VLDL	54	20-30 mg/dl
COLESTEROL LDL	100	HASTA 150 mg/dl
INDICE ARTERIAL	3.7	HASTA 5.0

OBSERVACIONES:



Magali Álvarez López TP 19973

PACIENTE:	Edgar Adolfo Castro Cifuentes		
IDENTIFICACIÓN:	94.364.943	FECHA NACIMIENTO:	
FECHA EXAMEN:	Octubre-18-2023	EDAD:	52 años
ORDEN:		SEXO:	Masculino
EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO:

COLOR: Amarillo

ASPECTO: Ligero Turbio

EXAMEN QUIMICO:

UROBILINOGENO: Negativo

BILIRRUBINA: Negativo

PROTEINAS: Negativo

CETONAS: Negativo

DENSIDAD: 1.030

PH: 5.0

GLUCOSA: Negativo

LEUCOSITOS: Negativo

ERITROCITOS: Negativo

NITRITOS: Negativo

EXAMEN MICROSCOPICO:

Células epiteliales: 0-3xc bacterias: + Leucocitos: 0-3xc



Magali Álvarez López TP 19973



UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ
Especialistas en Salud Ocupacional y Medicina Laboral
Licencia Salud Ocupacional Resolución 1.220-54
Número 1559 de 4 de agosto de 2022

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 18 de octubre de 2023

HISTORIA CLINICA N° 15461

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN T.I ☐ C.C ☒ C.E ☐ N° 94.364.943

EDAD: 52 AÑOS

EMPRESA: SENA

CARGO: INSTRUCTOR

EVALUACIONES REALIZADAS

Osteomuscular ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Psicotécnico ☐

PsicoSensométrico ☐

Rx: ☐

Laboratorio Clínico: ☐

CONCEPTO DE APTITUD

El servicio médico ocupacional brindado en la Unidad de Salud Ocupacional La Gámez, por médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen realizado, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en este certificado:

Existen restricciones para el desempeño de tareas a realizar
Desviación en la condición previa de salud

SI

☐

NO

☒

Con relación a su ingreso se retira

ASINTOMÁTICO

☐

SINTOMÁTICO

☐

RECOMENDACIONES, RESTRICCIONES Y OBSERVACIONES

Trabajador no presenta alteraciones osteomusculares, que interfieran en el desarrollo de las funciones inmersas en el cargo descrito.
Recomiendo uso de elementos de protección personal según riesgo laboral.
Cumplir con el programa de pausas activas de acuerdo a lo establecido en el SG-SST empresarial.
Adhesión total y estricta a protocolos de bioseguridad contenidos en la normatividad colombiana vigente

DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que todos los datos que he suministrado son ciertos y que no he omitido información relevante con respecto a mi condición de salud, diagnósticos anteriores o actuales, síntomas, limitaciones físicas o mentales, ni antecedentes patológicos laborales. Acepto que los hallazgos en esta valoración médica sean dados a conocer a mi empleador en caso de interferir con el desempeño de mi labor. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Lesby Alexandra Gómez León, M.D.

MEDICO OCUPACIONAL
Registro Médico N° 761474-06

Edgar A. Castro
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 94364943

CALLE 27 N° 36-01 ESQUINA. Barrio Victoria TELÉFONO 225 6141 – 3167931719 saludocupacional.lagamez@gmail.com



Unidad de Salud Ocupacional La Gámez

Lesby Alexandra Gámez González

Médico Especialista En Salud Ocupacional y Medicina Laboral

LIC. SALUD OCUPACIONAL N° 000105

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INGRESO LABORAL

Fecha: 18 de octubre de 2023

Nombres y Apellidos: Edgar Adolfo Castro Cifuentes

Lugar y fecha de nacimiento: Tuluá, 06 de abril de 1971

Estado civil: separado

Documento de identidad: 94364943

Profesión u oficio: Ingeniero Civil

Cargo al que se postula: Instructor

Empresa: SENA

Nuevo en la empresa o está vinculado: nueva contratación

Dirección de residencia: Carrera 21 N° 38 B 12 B/ Dode de Octubre

N° de hijos: 02

Pruebas aplicadas: Entrevista Psicológica; Test: WARTEGG, Ehlig Wartegg; ÁRBOL, Carl Cochk. DFH, Karen Machover; T.A.T, Henry A. Murray; MINIMENTAL, Marshal F. Folstein, Susan Folstein, Paul R. Mc Hugh. Diálogo clínico y Observación. Test Memorístico

Áreas evaluadas: Emocional, Social, Mental y Laboral

EXAMEN MENTAL

Conciencia:

Obnubilación (), confusión (), estupor (), delirio (), estado crepuscular (), consciente (X).

Afectividad:

Balanceado (X), júbilo (), eufórico (), deprimido (), irritable (), angustiado (), tensionado (), pánico (), ambivalencia (), afecto inapropiado ().

Pensamiento:

Forma: Racional (X), irracional ().

Curso: Fuga de ideas (), retardo (), perseverancia (), bloqueo (), prolijo (), acelerado (), incoherente ().

Contenidos: Normal (X), delirios de grandeza (), persecución (), mágicos (),

Auto acusación (), minusvalía (), hipocondría (), fobias (), ideas de referencia (), erotomanías ()

Alucinaciones:

Visuales ()

Auditiva ()

Táctiles ()

Gustativas ()

Olfativas ()

Somáticas ()

Trastornos del yo y despersonalización: SI () NO (X)

Memoria:

Normal (X), paramnesia anterógrada (), paramnesia retrógrada (), amnesia retrógrada (), lo ya visto (), hipermnesia (), atención bien dirigida (), atención mal dirigida ().

Inteligencia

C.I.: Promedio (X), baja (), superior ().

Juicio y Raciocinio: realista (X), no realista ().

Caudal de conocimiento: promedio (X) Alta () Baja ()



UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ
Especialistas en Salud Ocupacional y Medicina Laboral
Licencia Salud Ocupacional Resolución 1.220-54
Número 1559 de 4 de agosto de 2022

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 18 de octubre de 2023

REPORTE DE ELECTROCARDIOGRAFÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I ☐ C.C ☒ C.E ☐ N° 94.364.943

EDAD: 52 años

OBSERVACIONES

RITMO: SINUSAL FC: 65 LPM EJE: 0° VOLTAJE: 10 MM

MORF. ONDA P: 1.5 mm INTERVALO PR: 0.12 COMPLEJO QRS: 0.08 ST: OK_T: OK

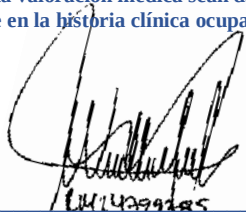
QT: 360 RS: 0.08 EXTRASÍSTOLES: NO

HIPERTROFIA: NO BLOQUEOS: NO

INTERPRETACIÓN

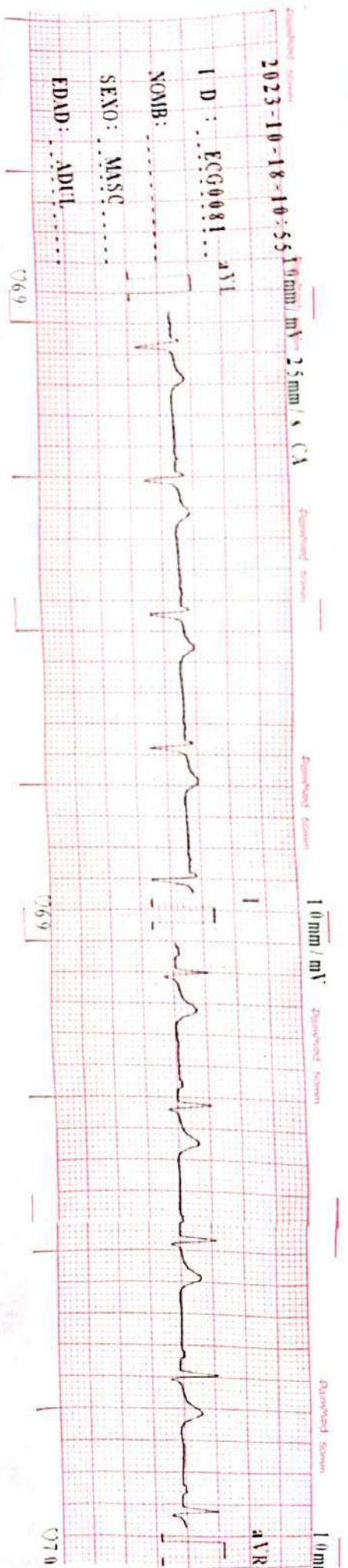
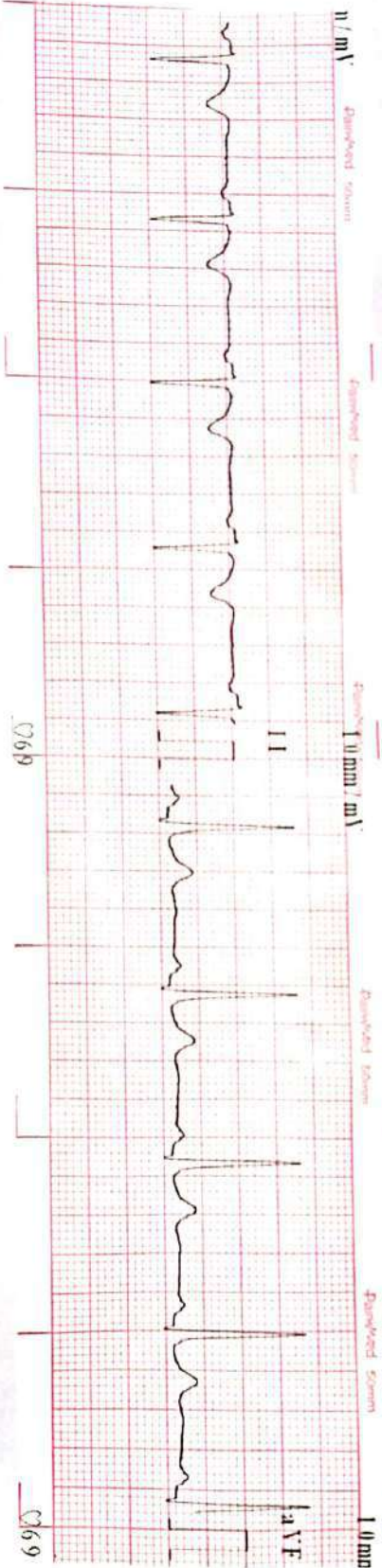
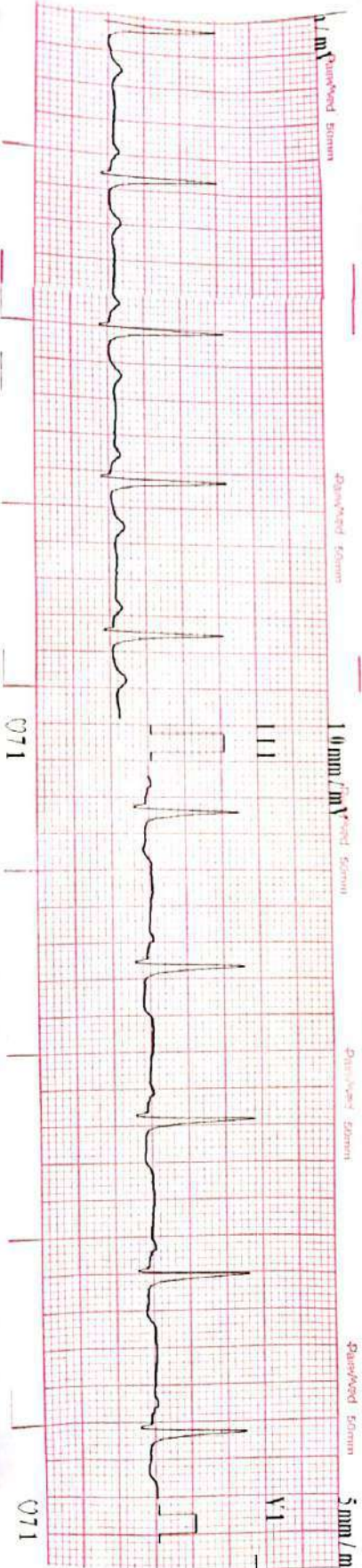
RITMO SINUSAL

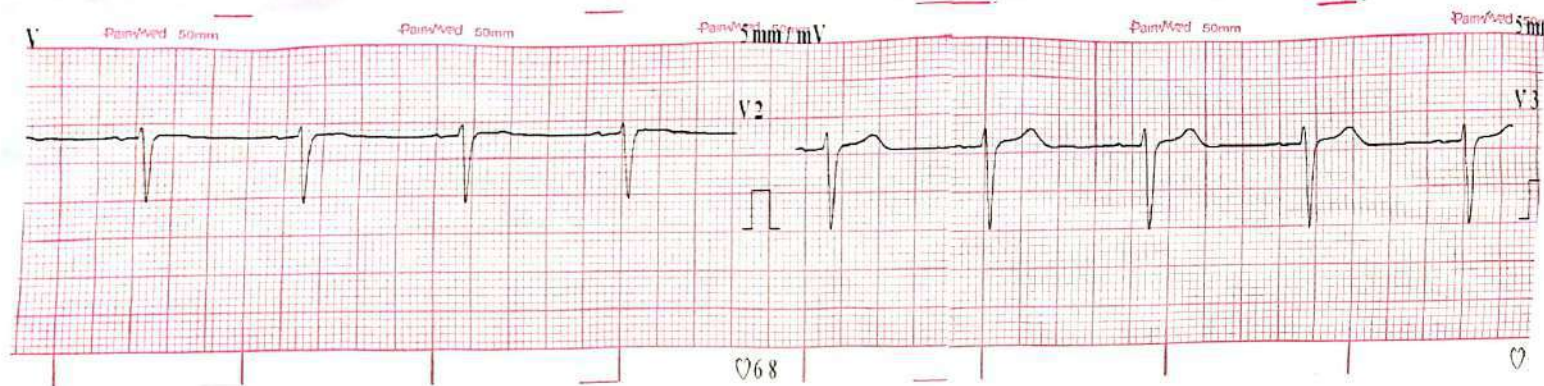
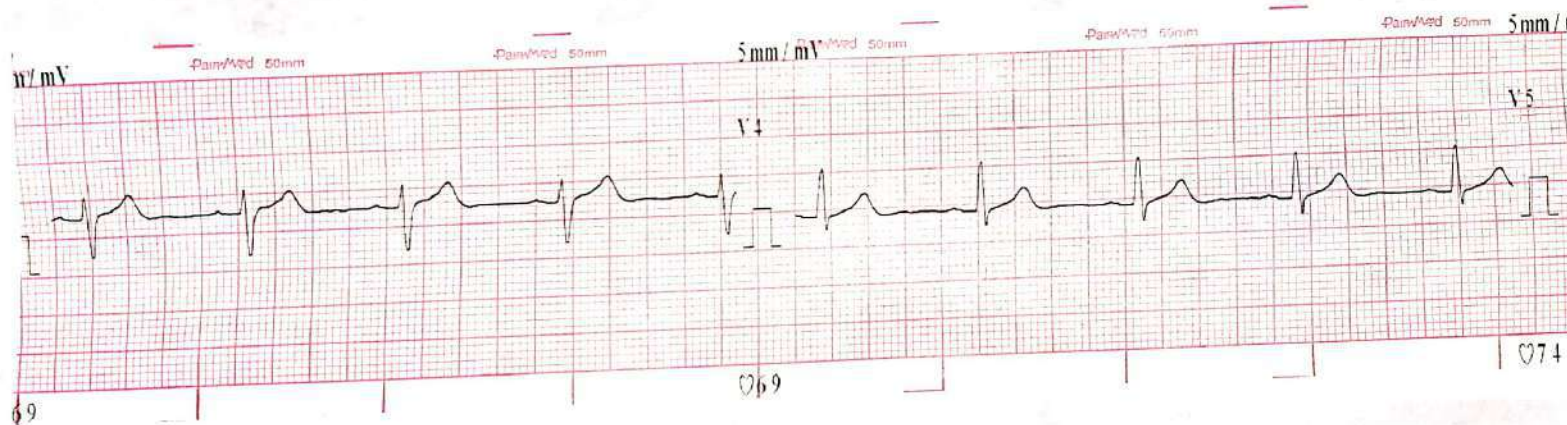
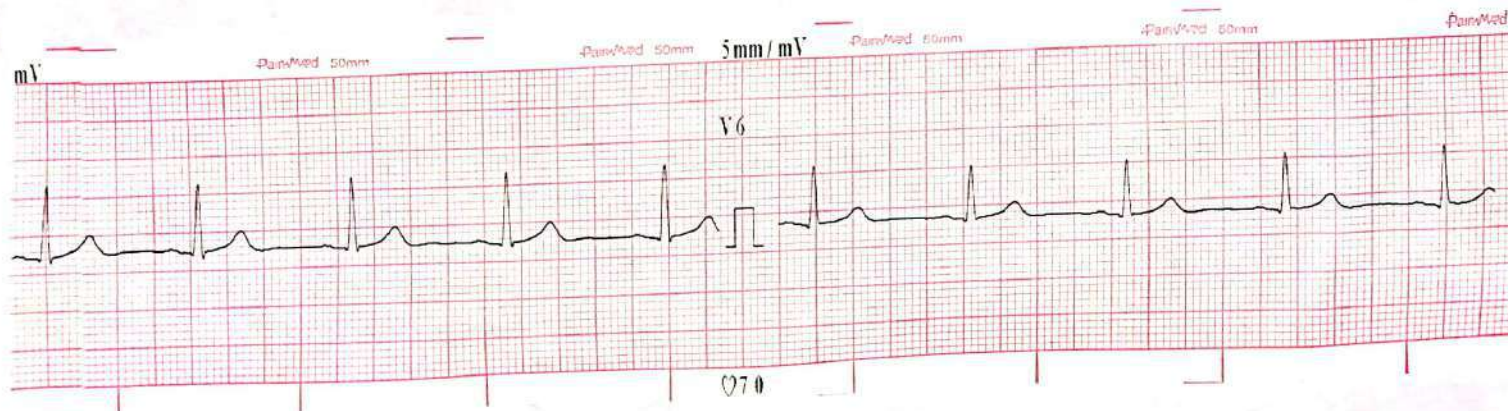
DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que todos los datos que he suministrado son ciertos y que no he omitido información relevante con respecto a mi condición de salud, diagnósticos anteriores o actuales, síntomas, limitaciones físicas o mentales, ni antecedentes patológicos laborales. Acepto que los hallazgos en esta valoración médica sean dados a conocer a mi empleador en caso de interferir con el desempeño de mi labor. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.


FIRMA PROFESIONAL



EDGAR ADOFFO CASIRO CITUENTES
CC 94.364943
52 AND.







Paciente : EDGARD ADOLFO CASTRO
Convenio : MAGALY ALVAREZ
Médico/Área : NA

Página : 1 De: 2
Solisitud : 01308116
Identificación : CC 94364943
Fecha Recepción : 2023-10-18 14:53:56
Fecha Impresión : 2023-10-19 08:08:36
Edad/Sexo : 52 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 18/10/1971

/ AMBULATORIO

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL				
Técnica : Citometría de Flujo				
Estudio Eritrocitario				
Recuento de Eritrocitos	6.23	x10 ⁶ /uL	V. Ref. Niños: 4.0 - 6.10 x10 ⁶ /mm3 Hombres: 3.80 - 5.20 x10 ⁶ /mm3 Mujeres: 3.80- 5.20 x10 ⁶ /mm3	
Hemoglobina	16.6	g/dl	Niños: 12.3 - 17.5 g/dl Hombres: 14.0 - 17.5 g/dl Mujeres: 12.3 - 15.3 g/dl	
Hematocrito	47.4	%	Niños: 37.0 - 52.0 % Hombres: 42.0 - 52.0 % Mujeres: 37.0 - 47.0 %	
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	80.7	fL	80.0	100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio)	28.8	pg	27.0	33.5
MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular)	32.7	g/dl	33.0	37.0
RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos)	13.2	%	11.0	16.0
Estudio Leucocitario				
Recuento de Leucocitos	6.38	x10 ³ /uL	5.0	10.0
Recuento Diferencial (Relativo)				
% Polimorfo Nucleares Neutrofilo	68.0	%	40.0	74.0
% Linfocitos	33.4	%	19.0	48.0
% Monocitos	8.8	%	3.40	10.0
% Polimorfo Nucleares Eosinofilo	1.7	%	0.0	7.0
% Polimorfo Nucleares Basofilo	0.3	%	0.0	1.5
Recuento Diferencial (Absoluto)				
Polimorfo Nucleares Neutrófilos	3.12	x10 ³ /uL	1.90	7.6
Linfocitos	1.80	x10 ³ /uL	0.9	5.2
Monocitos	0.38	x10 ³ /uL	0.1	1.0
Polimorfo Nucleares Eosinófilos	0.08	x10 ³ /uL	0.00	0.80
Polimorfo Nucleares Basófilos	0.02	x10 ³ /uL	0.00	0.20
Estudio Plaquetario				
Recuento de Plaquetas	219	x10 ³ /uL	150	400
Volumen Plaquetario Medio	11.2	fL	5	10
Plaquetócrito	0.246	%		



* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MDEzMDgxMTY=

URL: <https://validadorqr.ciclaboratorios.com/>

Central de Proceso: Carrera 13 4-51 - Tel 6022360100 - 6022370100 - Guadalajara de Buga - Valle Del Cauca - Colombia
Sede Atención : CIC BUGA --- Dirección : Carrera 13 4-51



01308116

Paciente : EDGARD ADOLFO CASTRO
Convenio : MAGALY ALVAREZ
Medico/Area : NA

Página : 2 de 2
Solicitud : 01308116
Identificación : CC 94364943
Fecha Recepción : 2023-10-18 14:53:56
Fecha Impresión : 2023-10-19 08:08:36
Edad/Sexo : 52 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 18/10/1971

/ AMBULATORIO

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGÍA

Recuento Diferencial (Método Manual En Lámina Confirmatorio)

Fecha / Hora Validado : 2023-10-19 / 08:04

ADRIANA MARCELA HERNÁNDEZ DÍAZ



* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico *

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MDEzMDgxMTY=

URL: <https://validadorqr.ciclaboratorios.com/>

Central de Proceso: Carrera 13 4-51 - Tel 6022360100 - 6022370100 - Guadalajara de Buga - Valle Del Cauca - Colombia
Sede Atención : CIC BUGA --- Dirección : Carrera 13 4-51

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 94.364.943** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 142225127** apertura el **17 de marzo de 2003**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **15** días del mes de **octubre** del año **2023**.

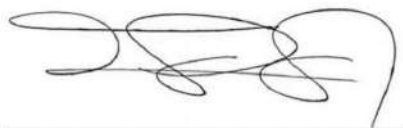
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0142225127**

Cuenta de 16 dígitos: **0142000200225127**

Cuenta de 20 dígitos: **00130142000200225127**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1339554

Que el (la) señor(a) CF. EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía 94364943 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (ARC) a través de COMANDO ARMADA NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Dada en Bogotá D.C., el día 17 de octubre de 2023.

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTAL SIS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/10/2023VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 1115076765
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	557	31/10/2023	CC 94364943	CASTRO CIFUENTES EDGAR	2	1.044	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FRT5_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

7474781BEF66D238666E76AA37E27C4E

Certificado impreso el día 10/30/2023 3:06:02 PM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA DE CALIDAD

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

**EDGAR ADOLFO
CASTRO CIFUENTES**

94364943

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.



Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHasaldarr ANA LUZMILA SILDARRIAGA GARCES
Unidad ó Subunidad: 36-02-00-076- CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Ejecutora Solicitante: 912410
Fecha y Hora Sistema: 2023-09-26-8:29 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL										
El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"										
Número:	223	Fecha Registro:	2023-01-06	Unidad / Subunidad ejecutora:	36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE					
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Con Compromiso	Tipo:	Gasto	Saldo x Comprometer:	Uso Caja Menor	Ninguno		
Valor Inicial:	1.597.199.000,00	Valor Total Operaciones:	2.646.975.870,00	Valor Actual:	4.244.174.870,00	Saldo x Comprometer:	389.509.140,00	Vr. Bloqueado	0,00	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	223	Fecha Registro:	2023-01-06	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO										
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSORE CURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
912445 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Nación	10	CSF	2023-03-15		1.210.469.134,00			
					2023-07-17		21.781.974,00			
					2023-08-14		605.340.759,00			
					2023-09-11		110.619.000,00			
					2023-09-26		42.535.670,00			
					2023-02-08	1.597.199.000,00	358.276.000,00			
					Total:	1.597.199.000,00	2.349.022.537,00	3.946.221.537,00	91.555.807,00	0,00
912445 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	Propios	27	CSF	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
					2023-09-20	0,00	297.953.333,00			
					Total:	0,00	297.953.333,00	297.953.333,00	297.953.333,00	0,00
Objeto:	INSTRUCTOR: Garantizar presupuesto para contratación de instructores regular para la formación titulada y complementaria presencial, distancia y virtual del Centro Agropecuario de Buga, vigencia 2023. Rad. 76-9-2023-000101									

Firma Responsable

Abdul Shekt Garcia
Coordinador Administrativo CAB



Hace constar:

Que el Sr(a) EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94364943 realizó el día 14/11/2023 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo EDGAR ADOLFO CASTRO CIFUENTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94364943 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 -