

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional 19 Código Centro 930710 Fecha Elaboración Febrero de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 62715-719016
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO Correo electrónico contratista: epiedrahitave@sena.edu.co C.C. 10.296.166 IP/N° de contacto 0 Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO Es declarante de renta? ☐ NO Es Pensionado? ☐ NO Banco al cual consignar: <input type="text"/> Inducción SST ☐ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☐ NO Tipo de cta <input type="text"/> N° Cuenta <input type="text"/> Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) ☐ NO		
	DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO		
N° del contrato: 4508263/2023		N° Compromiso SIIF 7723	
Valor Total del Contrato \$ 31.909.333 Saldo Anterior del Contrato \$ 31.909.333 Nuevo Saldo del Contrato \$ 31.266.000	N ° Pago 1 Periodo objeto de pago Del 31/01/2023 Al 31/01/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 643.333,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Salud y Servicios Personales, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 643.333 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 643.333 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 183.980		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00% Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 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		Enero 8622827377 Diciembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 183.980,00 Base retención en la fuente a titulo de ICA 312.733,00 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 - 300 625,00 0,200% 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 \$642.708,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 6.100 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ 160.833 Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466 Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466 Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200 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 \$ 1.357.184 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -		SON: SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHO PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO Desarrollo Curricular programación de fichas primer trimestre 2023	
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.			
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.		EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO EL CONTRATISTA Autorizo el presente pago. El Supervisor, ADA LORENA CERON ROSERO INSTRUCTOR G20	
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 JOHN JAIRO MOTTA CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CR 32 3 68		80000000			ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	8622827377	I	2023-01-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	448.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199	2023-01-17	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.						Cot.	Cot.
1	CC 10296166	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	1.544.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.544.000	247.100	0	0	SOS-EPS-EPS018	1.544.000	193.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.544.000	8.100	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	448.200	N	7490

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL		CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN		I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP		DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1		CR 32 3 68		80000000			ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-12	2022-12	8622827377	I	2023-01-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	448.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.544.000	1.544.000	1.544.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	247.100	0	0	0	247.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	247.100	0	0	0	247.100
EPS(Administradoras: 1)				1	193.000	0	0	0	193.000
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	193.000	0	0	0	193.000
ARP(Administradoras: 1)				1	8.100	0	0	0	8.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	8.100	0	0	0	8.100
Gran Total					448.200	0	0	0	448.200



COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Identificación del Aportante / Pin Único

10.296.166

Valor a Pagar \$:

448.200

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección: 252 20230117 13:57 SC 352 LINEA D

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

8604746199

VR PAGADO:

448,200.00

NOMBRE: ASOPAGOS

CLAVE: 8604746199

ID: 10296166

Fecha Aplicación: 20230117 PIN: 135723

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar:

Año Mes
2022 12

ESTIMADO CLIENTE:

VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) **EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO**, identificado(a) con CC 10296166 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en

Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 22/01/2003 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	VIGENTE
TI	1058935327	VALENTINA PIEDRAHITA GUTIERREZ	VIGENTE
RC	1059251582	VALERY PIEDRAHITA GUTIERREZ	VIGENTE
CC	34317387	BEYBA JOHANA GUTIERREZ ORDOÑEZ	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/01	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/02	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/03	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/04	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/05	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/06	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/07	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/08	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/09	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/10	30
CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	CC	10296166	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO	2022/11	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los QUINCE (15) días del mes de ENERO del año 2023.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.296.166**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO** con **CC No. 10296166**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8999999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 02/02/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2023 Fecha fin de Contrato: 03/10/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

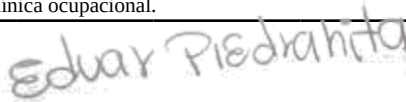
Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012412155.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



<div>Dr. JAVIER GUTIERREZ BALCAZAR</div> <div>Medico Especialista en Salud Ocupacional.</div> <div>Universidad del Cauca</div> <div>Fundación Universitaria Maria Cano de Medellin</div> <div>Registro medico 6860-89 Licencia S.O. 03069-16</div>		<div>CERTIFICADO DE PERIODICO LABORAL</div> <div><div>FECHA: 2023-01-18</div><div>ENTIDAD: CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS SENA REGIONAL CAUCA</div></div>	
DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO			EDAD: 40 AÑOS
NÚMERO DE CÉDULA: 10296166		ESTADO CIVIL: CASADO	ESTUDIOS: TECNOLÓGICO
DIRECCIÓN: Carrera 32#3-68		BARRIO: La sombrilla	LUGAR: Popayan cauca
EPS: SOS	ARL: POSITIVA	FEP: PORVENIR	CORREO: zurdoocoro@hotmail.com
TEL: 3193305583	CARGO A OCUPAR: Instructor salud		TIEMPO EXP: Años:3 Meses:1
Fecha ingreso: 2020-02-03	OTROS CARGOS DESEMPEÑADOS:		TIEMPO EXP:
ANTECEDENTES PERSONALES			
TIPO	OBSERVACIONES		
PATOLOG. DE ORIGEN COMUN	NINGUNA		
PATOLOG. DE ORIGEN LABORAL CALIFIC	NINGUNA		
ACCIDENTE LABORAL	NINGUNO		
RESTRICCIONES LABORALES VIGENTES	NINGUNA		
INDICIOS DE PAT. DE ORIGEN LABORAL	NO		
PROCESO DE CALIFICACION DE ORIGEN	NO		
PROCESO ACTUAL DE P.C.L	NO		
REUBICADO(A) EN EL CARGO ACTUAL	NO		
VALORACIONES REALIZADOS			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.	X	P.LIPIDICO	OTRO:
ELECTROCARDIOGRAMA		HEMOGRAMA	
PRUEBA PSICOTECNICA		CREATININA	
OPTOMETRIA		GLICEMIA	
AUDIOMETRÍA			
El Doctor JAVIER GUTIERREZ BALCAZAR, médico especialista en Salud Ocupacional, con base en el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, conceptúa que la persona identificada en el numeral I es:			
CONCEPTOS FINALES			
EXAMEN PERIODICO NORMAL SIN INDICIOS DE ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL. Ó COMUN ASOCIADA A ALGUN TIPO DE RESTRICCION PARA CONTINUAR CON EL NORMAL DESARROLLO DEL CARGO ACTUAL.			X
RECOMENDACIONES GENERALES			
APLICAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO, LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE INCLUYE EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.			X
ADOPTAR SIEMPRE POSTURAS ERGONOMICAS EN SU TRABAJO Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIODICAMENTE.			X
PROPICIAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: EJERCICIO, DIETA SANA, RECREACION SANA, DORMIR BIEN, NO ALCOHOL, NO CIGARRILLO, NO DROGAS,			X
CONTROLES MEDICO, NUTRICIONALES, OPTOMETRICO Y POR PROGRAMAS DE P Y P EN SU EPS,			X
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS			
Consentimiento informado: En pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, con mi firma autorizo al Dr Javier Gutierrez Balcázar, abajo firmante, a realizar mi examen médico ocupacional, luego de haberme explicado la naturaleza y propósito del mismo. Certifico que los datos suministrados al médico son fidedignos y que no he ocultado ninguna información requerida por él mismo relacionada con mi estado actual de salud. Dejo constancia de haber sido informado por el médico de mi condición de salud al momento del presente examen medico ocupacional. Autorizo al Dr. Gutierrez, en los términos de la Ley 1581 de 2012, al tratamiento de la información que se tenga o capture en sus bases de datos, sobre mi historia clínica ocupacional.			
<div> Dr. Javier Gutierrez Balcázar Medico Especialista en Salud Ocupacional Licencia SO 03069 - 16 M 6860 - 89</div> <div>Firma del profesional</div>		<div> FIRMA DEL TRABAJADOR No de CEDULA: 10296166</div>	



Hace constar:

Que el Sr(a) EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10296166 realizó el día 14/02/2023 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 EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10296166 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
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10296166 el día 14/02/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

Eduar Piedrahita

Certificación Bancaria



Sábado, 14 de enero de 2023

Señores:

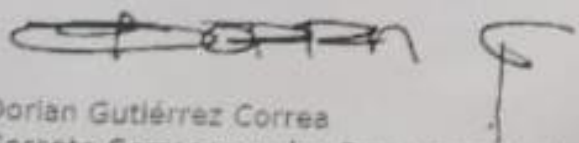
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO** identificado(a) con cc. **10296166** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	868-952436-14	2018/06/18	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

30/1/23, 14:40

Recibo JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA LTDA SUS ASESORES EN SEGUROS

JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA LTDA,
Enero 30, 2023
EDUARD IVAN PIEDRAHITA
VELASCO
CR 32 3 68
TEL: 3193305583
DOC: 10296166

JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA
LTDA SUS ASESORES EN
SEGUROS
JAVIER PAZ SUAREZ Y CIA
LTDA
CRA 7 NO. 2-56 CENTRO
3155426211
- Colombia
NIT:


JAVIER
PAZ SUAREZ
& CIA LTDA.
asesores en seguros
Proveemos con seguridad

CONCEPTO:

RECIBO #: 7297

Póliza	Ramo	Aseguradora	Valor recibido
100018215, Riesgo:4508263	Cumplimiento	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	29.750 COP
Efectivo 29.750 COP			29.750 COP
Medio de pago			Firma recibido

JAVIER PAZ SUAREZ
Y CIA LTDA.

30 ENE 2023

CAJA
PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

POPAYAN, 31 de enero de 2023

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1058935327	VALENTINA PIEDRAHITA GITIERREZ	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: Eduard Ivan Piedrahita Velasco

C.C. 10296166

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.935.327**

PIEDRAHITA GUTIERREZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

va l e n t i n a

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-2010**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-DIC-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

26-DIC-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**

G S RH SEXO



Valentina Piedrahita Gutierrez

REGISTRADOR NACIONAL

ASIN DATE LOS DATOS NO VALEN

INDICE DERECHO

