SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**10467-504807**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AUGUSTO SOTO GOMEZ	**C.C.**	10.280.247	**IP/Nº de contacto**	83390
Correo electrónico contratista:	asogomez@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** AHORROS **Nº Cuenta** 0550087000020807

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

Nº del contrato: 4463576/2023 **Nº Compromiso SIIF** **5923**

Valor Total del Contrato	$ 20.888.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.888.400	**1**	**Del**	**25/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 803.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.085.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios para orientar la formación profesional integral titulada y/o complementaria en la modalidad presencial y/o virtual conforme a los modelos formativos establecidos en el Centro de Comercio y Turismo del SENA regional Quindio, atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 803.400		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 803.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 417.225**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8623018651**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 850.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 106.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 136.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 200.850	$ -	
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	$ 139.075	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	417.225,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	560.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$803.400,00**	

SON: OCHOCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Inducciòn para formaciòn complementaria
Reuniones grupo de trabajo competencia transversal
Gestiòn institucional para presentar programas complementario en Càmara de Comercio de Armenia, JAC Quimbaya, Fundaciòn Construyendo B
Fundaciòn familiar el Faro, Montenegro, Circacia, Calarcà
Orientaciòn de formaciòn en el curso ORIENTACION DEL PROYECTO DE VIDA CON EL USO DE ESTRATEGIAS INSPIRADORAS

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.

AUGUSTO SOTO GOMEZ
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,

CARMENZA QUINTERO DE LEON
INSTRUCTOR G19

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Bogotá, Enero 17 de 2023

Señor:
SOTO GOMEZ AUGUSTO
CC. 10280247
CR 3 32 20 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 25 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SOTO GOMEZ AUGUSTO	10280247	C	Jun-25-2020	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SOTO CAÑAS MIGUEL ANGEL	1056120149	T	Jul-17-2008	417	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Dic-9-2019	Exclusion por traslado a otra EPS	Ninguna
PINEDA AGUIRRE NANCY ALEJANDRA	30396823	C	Jun-25-2020	56	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AUGUSTO SOTO GOMEZ	10280247	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
AUGUSTO SOTO GOMEZ	10280247	Trabajador Independiente	CERRADO
UNION TEMPORAL INDO FUNDACION ANDAP	10280247	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOTO GOMEZ AUGUSTO** identificado(a) con **CC** número **10.280.247** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2023.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023011701453

ENTREVISTA PSICOLOGICA

Examen Psicosocial

FECHA DE ENTREVISTA: 23/01/2023

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos: Augusto Soto Gómez

Documento de identidad: c.c 10280247

Fecha de nacimiento: 12 de marzo de 1966

Edad: 56 años

Sexo: Masculino

Cargo al que Aspira: Instructor

PREGUNTAS A NIVEL PERSONAL:

1- ¿Cómo te describes? Gustos, miedos o fobias

R/. **Gustos:** estudiar, investigar, el deporte, compartir con mis hijos

Fobias: Ninguna

¿Dime tres de tus virtudes (cualidades) - tres de tus defectos?

R/ virtudes: disciplinado, responsable, hago mi mayor esfuerzo para hacer las cosas bien, seguro de mi mismo.

Defectos: Impulsivo, me gusta que las personas sean similares a mí, no soy tan constante con las personas.

SOCIAL:

2- ¿Te consideras una persona extrovertida (social) o introvertida (poco social)? ¿Por qué?

R/ Extrovertido, genero buena empatía con las personas, aunque cuando debo estudiar y pensar me gusta tener mi espacio.

¿Consumes alcohol?

R/ No consumo

¿Consumes drogas alucinógenas?

R/ Nunca

Cuando te encuentras en un examen, entrevista o reunión sientes que:

-Te sudan las manos? No
-Vacío en el estómago? No
-Palpitaciones frecuentes? No
-Nervios o ansiedad? No

3- ¿Cómo consideras tu alimentación es adecuada, no tan adecuada? ¿Por qué?

R/ Es adecuada, trato de comer balanceado y saludable, trato de no consumir mucha carne no es saludable y da cáncer deteriora las células.

4- ¿Consideras que duermes bien? (pesadillas, insomnio, miedos nocturnos)?

R/ Cuando todo está tranquilo y tengo todos mis proyectos terminados no tengo problema, trato de dormir 7 horas o un poco más.

5- ¿Has tenido a lo largo de tu vida ideas suicidas?

R/ Nunca

ORIENTACION EN EL TIEMPO

¿Qué día de la semana es hoy?

R/ lunes

6- ¿qué mes?

R/ enero 23

¿Qué año?

R/ 2023

¿Qué Hora crees que es?

R/ 9:30 am

Hora: 9:30 am

Estado de conciencia: alerta (normal)

Calculo: normal para su edad.

Memoria: a corto y largo plazo normal, no hay fallos, es consciente.

PREGUNTAS SOBRE EXPERIENCIA LABORAL:

7- Hablemos de tu estabilidad laboral

R/ En el Sena, Américan Business school, con diferentes convenios: Confa Bienestar familiar, en la universidad de Manizales, Universidad autónoma, Universidad de caldas en el área de formación.

¿Cuánto tiempo tienes de experiencia laboral en dicho cargo?

R/ 24 años

¿Qué opinas del trabajo bajo presión?

R/ Siempre he laborado bajo presión, ya estoy adaptado.

R/ ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL:

8- ¿En este momento tomas algún medicamento para algo?

R/ Ninguno

¿Has estado en tratamiento de psicología o psiquiatría?

R/ Nunca

¿Sabes si alguien de tu familia se encuentra en tratamiento de psicólogo o psiquiatra? ¿Algún antecedente de enfermedad mental?

R/ Ninguno

CONCLUSION:

Es importante tener en cuenta, que cualquier enfermedad o trastorno psicológico es susceptible de presentarse en cualquier momento de la vida, ya sea por un problema o falencia a nivel persona, laboral, familiar o emocional.

El hecho de que, en la aplicación de las pruebas psicológicas, no se presente ningún antecedente, enfermedad psicológica o mental, en este caso los exámenes presentados por Augusto Soto Gómez, no garantiza que su condición será siempre la misma y que por lo tanto nunca desarrollara dicha condición.

Por eso es importante y recomendable tener hábitos de vida saludable en cuanto a descanso, alimentación, deporte, relajación, estilo de vida, que en su puesto de trabajo no tenga sobrecarga laboral que le pueda generar estrés o un desequilibrio en su parte física o mental.

Si se presentan problemas fuera de su vida laboral o no se siente en condiciones de desempeñar su cargo o función, manifestarle a su jefe inmediato para tomar medidas de prevención en cuanto a enfermedades o accidentes laborales.

Se considera a partir del análisis de las respuestas dadas por Augusto Soto Gómez, un equilibrio en su salud mental y física, es decir se encuentra en condiciones psicológicas generales para ocupar dicho cargo (Instructor).

Blanca Luz Moreno Giraldo

Psicóloga: TP.139386

FIRMA DEL EVALUADO

Augusto Soyo Gòmez

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1610**

Fecha: 23/01/2023 **Ciudad:** MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 10280247 **Nombre:** SOTO GOMEZ AUGUSTO **Edad:** 56 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 12/03/1966 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

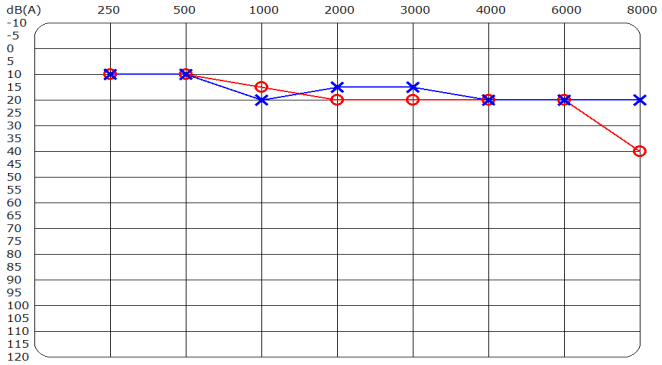
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	CONDUCE MOTO HACE 10 AÑOS	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO **F. Ultima Calibración:** 2021-12-15

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	15	20	20	20	20	40
VAOI	10	10	20	15	15	20	20	20

PTA Oido derecho: 16.25 **PTA Oido izquierdo:** 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

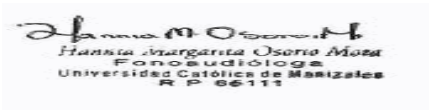
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

- AUDICION NORMAL BILATERAL CON LEVE DESCENSO EN LA FRECUENCIA DE 8MIL HZ EN EL OIDO DERECHO
- SE DAN PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO.

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: OSORIO MORA HANNIA MARGARITA
R. M.: 65111 **L.S.O.:** 9999

Código de Seguridad
A1082G2M1610

TRABAJADOR



Firma:
Nombre: SOTO GOMEZ AUGUSTO
CC 10280247

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.469

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2023 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SOTO GOMEZ AUGUSTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	56 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS	CC	10280247
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *SE REALIZÓ EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR*

APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOCUIDADO, PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CONSUMIR DIETA SANA, REALIZAR ACTIVIDAD PARA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, MANTENER UN PESO SANO Y SI SU CASO APLICA CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Ana Carolina Valencia R. Ana Carolina valencia R. Med. Esp. Medicina Laboral y Ocupacional Reg. Med. 15912 Lic. S.O. 72307

Nombre: VALENCIA RUIZ ANA CAROLINA

R. M.: 15912 **L.S.O.:** 72307

Código de Seguridad
X1082D1J3469

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SOTO GOMEZ AUGUSTO

CC: 10280247

LABORATORIO CLÍNICO
DE CALDAS - IPS

Orden	**230123003**
Fecha Registro	23/01/2023 6:45:24
Fecha Impresión	23/01/2023 9:17:16

Paciente	AUGUSTO SOTO GOMEZ	**Sexo**	Masculino
Documento	CC 10280247	**Teléfono**	3113473892
Fecha Nacimiento	1966-03-12 **Edad** 56 Años	**Correo**	

Empresa	*PARTICULARES*
Servicio	*Rutina*
Orden Externa	*6245*

Prueba	Resultado	Unidad	Valor Referencia
QUÍMICA			
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	184	mg/dl	120-200
Método: Colorimétrico *Valores de Referencia en Adultos* *Aconsejable: Menor de 200 mg/dl* *Riesgo Moderado: 200 - 239 mg/dl* *Alto: > 240 mg/dl*			
TRIGLICERIDOS	154	mg/dl	45-200
Método: Colorimétrico *Normal: Menor de 150 mg/dl* *Límite Alto: 150 - 199 mg/dl* *Alto: 200 - 499 mg/dl* *Muy Alto: > 500 mg/dl*			
COLESTEROL LDL	118.20	mg/dl	0-130
Optimo < 100 mg/dl *Casi óptimo 100 - 129 mg/dl* *Moderado 130 - 159 mg/dl* *Elevado 160 - 189 mg/dl* *Muy Elevado > 190 mg/dl*			
COLESTEROL HDL	35	mg/dl	35-65
Método: Colorimétrico			
COLESTEROL VLDL	30.80	mg/dl	6-34
INDICE ARTERIAL	5.26		

Fecha Recepción: 23/01/2023 6:47:03
Fecha Validación: 23/01/2023 9:16:44

SANDRA MILENA CORRALES MEJÍA
Bacteriólogo
Universidad Católica de Manizales
TP. 10187

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS
NIT. 900257266-0
Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2
Cel. 3106721733 - Tel. 8730000 - 8975286 - www.laboratorioclinicodecaldas.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 2,328

Fecha: 23/01/2023 **Municipio:** MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) **CC:** 10280247 **Nombre:** SOTO GOMEZ AUGUSTO **Edad:** 56 AÑOS 1
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 3 MESES
Lugar del Último Examen: MANIZALES **Motivo Consulta:** INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	SI
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

SE LE DIFICULTA PARA VER DE LEJOS MAS POR EL OJO IZQUIERDO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/40	1.25M	N/A	-0.50-0.50/90	20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/1800	-2M	N/A	-0.50-0.50/90	20/1800	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/40	N/A	N/A	ADD +2.25	20/20	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SANO**
OJO IZQUIERDO: **SANO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-0.50-0.50/90** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **-24.00-4.00/0** AV VL 20/ **120**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **SIN ESTEREOPSIS**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H545	VISION SUBNORMAL DE UN OJO	IZQUIERDO	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON ALTERACIÓN VISUAL, EL CUAL SE ENCUENTRA ADECUADAMENTE CORREGIDO DEBE USAR LENTES PERMANENTE PARA NO ALTERA SU NORMAL DESEMPEÑO LABORAL

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: VESCANCE BENAVIDES ANGEL FIDEL

R. M.: T.P 2592 CTNPO **L.S.O.:** R.N 6220

Código de Seguridad

A1082G3M2328

PACIENTE



Firma:

Nombre: SOTO GOMEZ AUGUSTO

CC: 10280247

Hace constar:

Que el Sr(a) AUGUSTO SOTO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10280247 realizó el día 08/02/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo AUGUSTO SOTO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10280247 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.

Augusto Soyo Gòmez

Firma

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) AUGUSTO SOTO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10280247 el día 08/02/2023 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 **AUGUSTO SOTO GOMEZ** con **CC** No. **10280247**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 24/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 24/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2023 **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): 202301012288149.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MANIZALES, **17/01/2023**
CALDAS,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AUGUSTO SOTO GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **10280247**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550087000020807**
Fecha de apertura	**11/02/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA 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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5002662608

PÓLIZA No: 500 - 47 - 994000024621 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **FUNDADORES** COD. AGENCIA: 500 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	01	2023	25	01	2023

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **AUGUSTO SOTO GOMEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **10.280.247**

DIRECCIÓN: CL 58 B 8 63 CA LA CUMBRE CIUDAD: MANIZALES, CALDAS TELÉFONO: 3113473892

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL QUINDIO** 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	25/01/2023	30/10/2023	2,088,840.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL QUINDIO

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA POLIZA
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No CO1.PCCNTR.4463576, REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDIO, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVA VIGENTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****2,088,840.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
MANUEL ANTONIO CARREÑO ANGULO	5014	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES.
Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000500266260

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CBD8207A0909FE785F

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

RECIBO DE CAJA No. 500107587

AGENCIA FUNDADORES	TRANSACCIÓN Nro. 500207641	FECHA DE RECAUDO 26/01/2023 8:29:00 AM	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR SOTO GOMEZ AUGUSTO			C.C o NIT 10280247
TOMADOR PÓLIZA SOTO GOMEZ AUGUSTO			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000024621 - NRO. ELECTRÓNICO 5002662608			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS			VALOR RECIBO $ 29,750.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000024621 - ANEXO 0 AGENCIA FUNDADORES, TOMADOR PÓLIZA: CC-10280247 SOTO GOMEZ AUGUSTO . VALOR PAGADO $ 29,750.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 500207641			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: CARREÑO ANGULO MANUEL ANTONIO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	AUGUSTO SOTO GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-10280247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-02-13
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-01-12
FECHA DE PAGO:	2023-01-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2022-12
PERIODO SALUD:	2022-12
NUMERO PLANILLA:	8623018651
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8600056671
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 125.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.400	$ 24.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 309.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/01/2023

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

Razón social: AUGUSTO SOTO GOMEZ **Identificación:** CC-10280247 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2023-02-13 **Período pensión:** 2022-12 **Período salud:** 2022-12 **Clase de planilla:** Asistida	**Pagada**

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8600056671	I	$309.400	2023-01-12	Pagada

Ver Resumen
Descargar Detallado

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente día hábil.

Puntos de Recaudo:

Puntos de Pago	Puntored	JUMBO	Easy	Metro	SPED	Giros&finanzas o EFECTY	Grupo Exito	Banco de Occidente	Davivienda	Bogotá	AvVillas	REDEBAN

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889425470

(415)7707212489984(8020) 000001488942547 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 8 0 2 4 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 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	1 0 2 8 0 2 4 7	1 9 8 6 0 8 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOTO	GOMEZ	AUGUSTO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal
CR 3 32 20 MZ 9 CA 49 BRR PUERTA DEL SOL

42. Correo electrónico autosog@hotmail.com

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

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
8 5 5 1	2 0 1 7 0 2 0 2	8 5 2 3	2 0 1 7 0 2 0 2	7 3 2 0		2 3 1 1	

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
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 18 / 22 : 47: 53

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 SOTO GOMEZ AUGUSTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO