SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **68638-068320** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | **C.C.** | 1.152.205.351 | **IP/Nº de contacto** | 43316 |
| **Correo electrónico contratista:** | eaosorio15@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:** BANCOLOMBIA **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** 36612425722

**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:** 4549990/2023 **Nº Compromiso SIIF** **19923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.677.810 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.677.810 | **1** | **Del** | **08/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 3.140.903,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 25.536.907 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÒN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS ÀREAS EN QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.140.903 | | 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** | **$ 3.140.903** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.064.002** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Decreto 1273 de** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.256.361 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 157.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 201.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 30.700 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 785.225 | $ - | |
| 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 | $ 688.001 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.064.002,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.782.703,00 | |
| 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 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 12.564,00 | 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** | **$3.128.339,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reuniones para inicio de labores
Se realizan instrumentos para la Ejecucion de la formacion
Se montan actividades en la plataforma de territorium

**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.

**EVER ANDRES OSORIO FLOREZ**
**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,

**HECTOR ALONSO LOPEZ VALENCIA**
**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**

**JAIME ANDRES LONDOÑO MEJIA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

Bogotá, Febrero 6 de 2023

Señor:
OSORIO FLOREZ EVER ANDRES
CC. 1152205351
CL39 D 117 27 - 2999999
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 Mayo 31 de 2022. 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OSORIO FLOREZ EVER ANDRES | 1152205351 | C | May-31-2022 | 30 | 26 | COTIZANTE | 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 |
|---|---|---|---|
| Éver Andrés Osorio Florez | 1152205351 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |

**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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVER ANDRES OSORIO FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1152205351,** se encuentra afiliado/a desde **23/10/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **EVER ANDRES OSORIO FLOREZ** con **CC** No. **1152205351**, 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:** 10/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 08/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 08/09/2023<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**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): 202301012609854.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 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

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

## IDENTIFICACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden:** | 306595 | **Documento:** | 1152205351 |
| **Nombre:** | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | **Sexo:** | Masculino |
| **Fecha nacimiento:** | 1994-06-26 | **Edad (años):** | 28 |
| **Fecha Diligenciamiento examen:** | 2023-02-21 08:06 am | **Fecha impresión:** | 2023-02-21 11:10 am |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo examen:** | Ingreso | | |
| **Empresa:** | CONTRATISTA SENA | **Empresa en misión:** | |
| **Estado civil:** | Soltero | **Hijos:** | 0 |
| **Departamento:** | ANTIOQUIA | **Ciudad:** | Medellín |
| **Dirección:** | CLL 39B #117-27, SAN JAVIER | **Barrio:** | SAN JAVIER |
| **Celular:** | 3005373833 | **Teléfono:** | NO TIENE |
| **Escolaridad:** | Tecnologica | **Profesión:** | MECATRONICA |
| **Oficio:** | INSTRUCTOR | **Actividad Económica:** | SERVICIOS |
| **Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):** | Cotizante | **Empresa Promotora de Salud (EPS):** | SALUD TOTAL |
| **Administradora de Riesgos Laborales (ARL):** | POSITIVA | **Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):** | COLPENSIONES |
| **Nombre del acompañante:** | NO APLICA | **Teléfono acompañante:** | NO APLICA |
| **Nombre del responsable:** | NO APLICA | **Teléfono responsable:** | NO APLICA |
| **Parentesco responsable:** | NO APLICA | | |

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

## CONCEPTO DE APTITUD

| | |
|---|---|
| **Concepto de aptitud** | No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo |

### Conclusiones y Recomendaciones

- SE REALIZA EVALUACION CON ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL
- CONTROL POR OPTOMETRÍA
- No presenta comorbilidades de riesgo, ni sintomatología para el SARS Cov2.
- NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA
- IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
- RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONTAGIO POR SARS COV2:

Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social,
La higiene de manos con alcohol glicerinado o gel desinfectante se debe realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias. Debe realizar el protocolo de lavado de manos con una periodicidad mínima de 3 horas en donde el contacto con el jabón debe durar mínimo 20 - 30 segundos, y después de entrar en contacto con superficies que hayan podido ser contaminadas por otra persona (manijas, pasamanos, cerraduras, transporte), después de ir al baño, manipular dinero y antes y después de comer.
En caso de tener síntomas gripales utilizar tapabocas y quedarse en casa.
Cuando algún trabajador experimente síntomas respiratorios en casa, debe informar al empleador para que se pueda realizar el aislamiento preventivo en casa. El trabajador debe informar a la EPS en las líneas de atención que esta disponga para que inicie el protocolo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social
Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor para la prevención del SARS Cov2.
Uso del tapabocas en el transporte público y entidades de salud.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por SARS Cov2.

*Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).*

### Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Visual** | No | **Auditivo** | No |
| **Respiratorio:** | No | **Ergonómico:** | No |
| **Químico:** | No | **Cardiovascular:** | No |
| **Psicosocial:** | No | **Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:** | No |

### RECOMENDACIONES

**Programa de Protección de Accidentalidad por Defectos Visuales**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO ( PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

**Programa de Protección Osteomuscular**
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

**Programa de Protección Respiratorio**
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

**Otros**
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

## RESUMEN DE RESULTADOS

| | |
|---|---|
| Columna y Osteomuscular | Realizado |
| Examen Físico | Realizado |
| Órganos y Sentidos | Realizado |
| Informe Psicológico | Realizado |
| Laboratorio : Glicemia | Realizado |
| Visiometría | Realizado |

Dr(a) JAIME GARCIA VERGARA
Registro: 50032-96
Licencia Salud Ocupacional: 7061-13
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 71667243

EVER ANDRES OSORIO FLOREZ
Cédula de Ciudadanía : 1152205351

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

## HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

### IDENTIFICACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden:** | 306595 | **Documento:** | 1152205351 |
| **Nombre:** | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | **Sexo:** | Masculino |
| **Fecha nacimiento:** | 1994-06-26 | **Edad (años):** | 28 |
| **Fecha Diligenciamiento examen:** | 2023-02-21 08:06 am | **Fecha impresión:** | 2023-02-21 11:11 am |
| **Empresa:** | CONTRATISTA SENA | **Empresa en misión:** | |
| **Celular:** | 3005373833 | **Teléfono** | NO TIENE |

### INFORME PSICOLÓGICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 2023-02-21 | **Asignado:** | |

**Motivo de la evaluación:** Solicitud por parte del empleador.
**Aspectos relevantes:** Se realiza test y entrevista.

**Conducta Observada:** No se evidencian alteraciones sensoperceptivas, de juicio, pensamiento, memoria o estado de ánimo. Se muestra orientado en persona, espacio y tiempo.
**Conclusiones:** En esta evaluación no se encuentran elementos de origen psicológico que puedan ser un factor de riesgo para desempeñar el cargo de Instructor.
**Observaciones y recomendaciones:** No refiere patologías asociadas a Salud Mental.

USO EXCLUSIVO DEL TRABAJADOR - Res. 2346 de 2007 Art. 16

Dr(a) Sara Ruiz Leon
Registro: 216554
Psicologa
Cédula de Ciudadanía : 1037646462

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

USO EXCLUSIVO DEL TRABAJADOR - Res. 2346 de 2007 Art. 16

**LABOR Y SALUD S.A.S.**

**NIT: 900.408.802-8**

**Código Prestador: 050011183102**

**Calle 44 51- 21**

**PBX: (4) 448 12 66**

**Medellín - Colombia**

**Factura Electrónica de Venta No.**
**FE32961**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Titular | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | Fecha Factura | 2023-02-21 |
| Cédula de Ciudadanía | 1152205351 | Fecha Vencimiento | 2023-02-21 |
| Dirección | CLL 39B #117-27, SAN JAVIER 1 | Forma de Pago | Contado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usuario | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | | |
| Tipo Documento Usuario | | No. Documento Usuario | 1152205351 |

| Cantidad | Descripción | Valor Unidad | Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Examen Físico | $ 31,000.00 | $ 31,000.00 |
| 1 | Glicemia | $ 10,000.00 | $ 10,000.00 |
| 1 | Informe Psicológico | $ 15,000.00 | $ 15,000.00 |
| 1 | Visiometría | $ 9,000.00 | $ 9,000.00 |

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | $ 65,000.00 |
| **IVA** | $ 0.00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ 65,000.00 |

**Favor consignar en la Cuenta Corriente Bancolombia 001-678365-86 y enviar comprobante de pago a pagoslaborysalud@gmail.com**

**Somos una IPS que presta Servicios de Salud, nos aplica Rete-fuente del 2% para facturas superiores a $170.000** de acuerdo con el E. T. de 2013 Art. 392 Inciso 5.
Estamos **exonerados del Impuesto de Industria y Comercio** de acuerdo con el Artículo 152 del acuerdo 64 de 2012.

| LABOR Y SALUD S.A.S. | Recibido |
|---|---|
| Angie Vanesa Vivares M uriel | Nombre:<br>Fecha Recibo:<br>FIRMA Y SELLO: |

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según el artículo No. 671 y S.S. 772-774 del código de comercio.

Resolucion DIAN nro 18764032045949 del 01 de agosto de 2022, prefijo FE, desde 25944 a 100000

CUFE: 40a2ca9a9177b1242a8cbbcc4a8fe092f0616c99841e2f81edf86211cfb84589446276c99d9c0efea473763538384a42

# LABORATORIO CLINICO LABOR Y SALUD

Calle 44 # 51-21 Piso 3 - Centro Comercial San Juan -Carabobo
Medellín – Antioquia

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº Orden:** | 221033 | **Edad:** | 28 años |
| **Paciente:** | Ever Andres Osorio Florez | **Entidad:** | Contratista Sena |
| **Documento Id:** | 1152205351 | **Teléfono:** | 3005373833 |
| **Fecha:** | Febrero 21 de 2023 | **Médico:** | No reportado |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | |
|---|---|---|---|---|
| **Glicemia** | 83 | mg/dl | 70 | 100 |

Técnica: Colorimética semiautomatizada.
Valores de referencia ajustados:
Según ADA 2018, guía adoptada por el Ministerio de Protección Social 70 - 110 mg/dl.
Según OMS 70 - 110 mg/dl.

Liliana Y. Zapata Giraldo
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
U de A. Registro N. 5-2542-00

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN, 06 DE FEBRERO DE 2023 | 3555693–7 | | 14849085 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| JANETH ANGEL ALVAREZ | 89984 | 4035 | 01214849085 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 1152205351 | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| AV 35 A # 44 96 | | BELLO | 3016560681 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1152205351 | EVER ANDRES OSORIO FLOREZ |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 06–FEB–2023 | 06–ENE–2024 | 2.867.781,00 | 40.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 06–FEB–2023 | 06–ENE–2024 | 334 | 06–FEB–2023 | 06–ENE–2024 | $40.000 | $7.600 | $47.600 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $2.867.781 | $11.471 | $2.867.781,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 4035 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |



FIRMA AUTORIZADA



FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 89984 | JANETH ANGEL ALVAREZ | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100,00 | 40.000 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 – 18 | P | 05 | F–01–12–084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 – 18 | NT–P | 5 | N–01–012–011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.4549990.
OBJETO:
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS ÁREAS EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIRLA NECESIDAD, BAJO LA PROGRAMACIÓN QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN REALICE EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA DE LA MANUFACTURA AVANZADA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407–9

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3555693–7 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **EVER ANDRES OSORIO FLOREZ** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA** y su documento 14849085 expedida el día 06 de Febrero de 2023 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

| | | |
|---|---|---|
| Prima | $ | $40,000 |
| Impuestos | $ | $7,600 |
| Total | $ | $47,600 |

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 06 días del mes de Febrero de 2023.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3555693–7 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **EVER ANDRES OSORIO FLOREZ** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA** y su documento 14849085 expedida el día 06 de Febrero de 2023 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 06 días del mes de Febrero de 2023.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

# Certificado Bancario

Lunes, 6 de febrero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EVER ANDRES OSORIO FLOREZ identificado(a) con CC 1152205351, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 36612425722 | 2013/08/29 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14808771535

(415)7707212489984(8020) 000001480877153 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 5 2 2 0 5 3 5 1 | 4 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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 1 5 2 2 0 5 3 5 1 | 2 0 1 2 0 7 2 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OSORIO | FLOREZ | EVER | ANDRES |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 39 D 117 27

42. Correo electrónico eaosorio15@misena.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 5 3 7 3 8 3 3 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 6 0 | 2 0 1 6 1 1 0 8 | | | | | | | |

## 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 58. CPC | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 26 / 12 : 06: 20

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 OSORIO FLOREZ EVER ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Hace constar:

Que el Sr(a) EVER ANDRES OSORIO FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1152205351 realizó el día 21/02/2023 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 EVER ANDRES OSORIO FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1152205351 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) EVER ANDRES OSORIO FLOREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1152205351 el día 21/02/2023 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