SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA

Código Regional	**25**
Código Centro	**951210**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**08109-024021**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA	**C.C.**	1.094.902.152	**IP/Nº de contacto**	09
Correo electrónico contratista:	jamartinezv@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10139743739

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: 5146169/2023 **Nº Compromiso SIIF** **161723**

Valor Total del Contrato	$ 6.008.684	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.008.684	**1**	**Del**	**28/06/2023**	**Al**	**30/06/2023**	**$ 409.683,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.599.001		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: 25-9-2023-016181 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA PARA EL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL ÁREA DE MÚSICA O AQUELLAS QUE LE SEAN A FIN A

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 409.683		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	**$ 409.683**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 250.736**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**00000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 116.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 14.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 18.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 1.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 102.420	$ -	
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	$ 40.968	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 83.579	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	250.736,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	376.583,00	
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	2.636,00	0,700%
-	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	**$407.047,00**	

SON: CUATROCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo el portafolio de 18 cursos de música
apoyo coordinacion

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.

JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA
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,

CARMEN ANGELICA FONSECA CORSO
INSTRUCTOR

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

EL ORDENADOR DEL PAGO

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

174656458

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03.

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Martinez	Valbuena	Jorge	Andres

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1094902952	Femenino Masculino X	D 1 D 2 M 1 M 9 A 8 A 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Colpensiones	$ 1'160.000.

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cll 146F 73A 20 torre 7 APTO 303	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3104061962	jorgramirez@gmail.com (foi) 2/7/19

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota	Urbana X Rural		Bogotá.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	32. Datos de Residencia Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		2-7846.
B		203043
B		
B		

KPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, CC, TI, PA, CE, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS Anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: ____ TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
07 JUN 2023

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información [illegible] declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación: RECIBIDO POR: 7/7 13:31	Sticker procesamiento

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101281723**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**06**	**2023**	**27**	**06**	**2023**	**00:00**	**11**	**12**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MARTINEZ VALBUENA, JORGE ANDRES		**CC: 1094.902.152**
DIRECCIÓN: CL163 72 90 INT 4 APTO 204	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3104061961

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KILOMETRO 7 VIA MOSQUERA	CIUDAD: MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	5462323

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No CO1.PCCNTR.5146169

OBJETO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA PARA EL CENTRO DE FORMACION EN EL AREA DE MUSICA O AQUELLAS QUE LE SEAN A FIN A SU PERFIL PARA ATENCION A LA POBLACION VICTIMA EN LA MODALIDAD TITULADA, PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, COMO TAMBIEN EN SEGUIMIENTO O COMPLEMENTARIA DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA Y SU AREA DE COBERTURA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/06/2023	11/12/2023	$600,868.40

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ **********600,868.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAVIZA ASESORES DE SEGUROS LTDA.	164141	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-44-101281723

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101281723**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**06**	**2023**	**27**	**06**	**2023**	**00:00**	**11**	**12**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
MARTINEZ VALBUENA, JORGE ANDRES	**CC: 1094.902.152**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL163 72 90 INT 4 APTO 204	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3104061961

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KILOMETRO 7 VIA MOSQUERA	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	5462323

ADICIONAL:



VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ *********600,868.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAVIZA ASESORES DE SEGUROS LTDA.	164141	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002613004591(3900)000000033320(96)20240626

REFERENCIA PAGO:

1100261300459-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101281723, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 28 días del mes de JUNIO de 2023

15-44-101281723

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14915691511

(415)7707212489984(8020) 000001491569151 1

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

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 9 4 9 0 2 1 5 2	2 0 0 7 0 1 1 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	VALBUENA	JORGE	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 163 72 90 IN 4 AP 204

42. Correo electrónico jorgeamartinezv1@gmail.com

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

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 2 3	2 0 1 9 0 8 1 6	8 5 4 2	2 0 2 0 0 5 1 2		8 5 5 3	4 1 1 2		

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																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 - 06 - 14 / 13 : 26: 07

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 MARTINEZ VALBUENA JORGE ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 14-06-2023 01:26:46PM

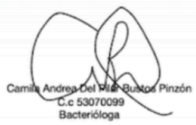
CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

idime

No ingreso : 1604311
Paciente: Jorge Andrés Martinez Valbuena.
Edad: 34 años
FECHA Y HORA DE INGRESO: 15/06/23
Servicio:consulta particular

No orden 211403743874
Historia: 1094902152
Teléfono: 3104061961

Examen	Resultado	Unidades	Valores Referencia
CREATININA EN SUERO	0.97	mg/dl	0.67. 1.17
Método: Colorimétrico Enzimático			
GLICEMIA	80.00.	mg/dl.	70. 100
Método: Colorimétrico Enzimático			



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL

Método: Colorimétrico Enzimático 97.00 mg/dl
** VALORES DE DIFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001

Optimo : Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl

COLESTEROL HDL

Método: Colorimétrico Enzimático 45.00 mg/dl
** VALORES DE DIFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001

Bajo : Menor de 40 mg/dl
Alto: Mayor o igual a 60 mg/dl

COLESTEROL LDL - CALCULADO 80. 20 mg/dl

** VALORES DE DIFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001
Optimo : Menor de 100 mg/dl
Casi Optimo : Entre 100 - 129 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 130 -159 mg/dl
Alto : Entre 160 -189 mg/dl
Muy Alto: Mayor o igual a 190 mg/dl

TRIGLICERIDOS

Método: Colorimétrico Enzimático 100.00 mg/dl
** VALORES DE DIFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto: Entre 150 -199 mg/dl
Alto: entre 200 - 499 mg/dl
Muy Alto. : Mayor o igual a 500 mg/dl

idime

No ingreso : 4367589
Paciente: Jorge Andrés Martinez Valbuena.
Edad: 34 años
FECHA Y HORA DE INGRESO: 15/06/23
Servicio:consulta particular

No orden 37859374
Historia: 1094902152
Teléfono: 3104061961

Laboratorio de voz

TIPO DE CONSULTA:

SE ATIENDE PACIENTE PREVIA DESINFECCION DE CONSULTORIO CON HIPOCLORITO DE SODIO, HIGIENE DE MANOS CON MEDIDAS DE PROTECCION COMPLETAS (GUANTES DE MANEJO, TAPABOCAS N95, GORRO, MONOGAFAS, CARETA Y BATA ANTIFLUIDOS). PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE REALIZA NASORALINGOSCOPIA
ESTUDIO DE VOZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ASISTE A PROCEDIMIENTO: ANDREA FARFAN
ABORDAJE FOSA NASAL

DERECHA: X IZQUIERDA: X

SEPTUM: FUNCIONAL

CORNETES: EUTROFICOS

RINOFARINGE: LAS FOSA DE ROSENMULLER Y LOS RODETES TUBARICOS TIENEN ASPECTO NORMAL

ADENOIDES: NORMAL

NO HAY MASAS: NO HAY MASAS

AMIGDALA LINGUAL: NORMAL

VALLECULAS: ESTAN LIBRES

SUPRAGLOTIS: NORMAL

PLIEGUES VOCALES: NO SE OBSERVAN LESIONES DE ASPECTO NODULAR LOS MOVIMIENTOS DE ADUCCION Y ABDUCCION ESTA CONSERVADOS.

SUBGLOTIS: NORMAL

OTROS HHALAZGOS:- -

DX : PACIENTE SANO APTO, NO SE ENCONTRARON LESIONES EN LA VOZ

DR. HUGO HINCAPIE
OTORRINOLARINGOLOGO
REG. 911148

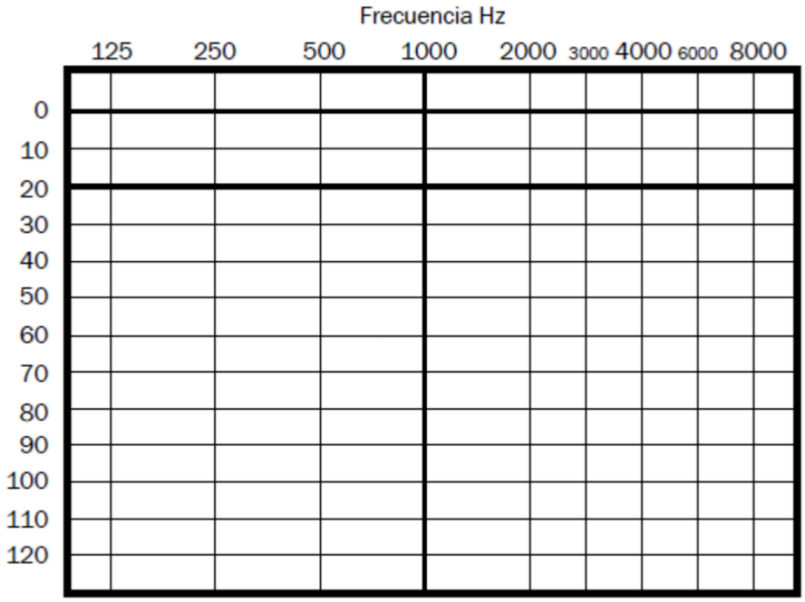
idime

No ingreso : 4367589
Paciente: Jorge Andrés Martinez Valbuena.
Edad: 34 años
FECHA Y HORA DE INGRESO: 15/06/23
Servicio:consulta particular

No orden 37859374
Historia: 1094902152
Teléfono: 3104061961

AUDIOMETRIA

Otoscopia OD: NORMAL OI: NORMAL

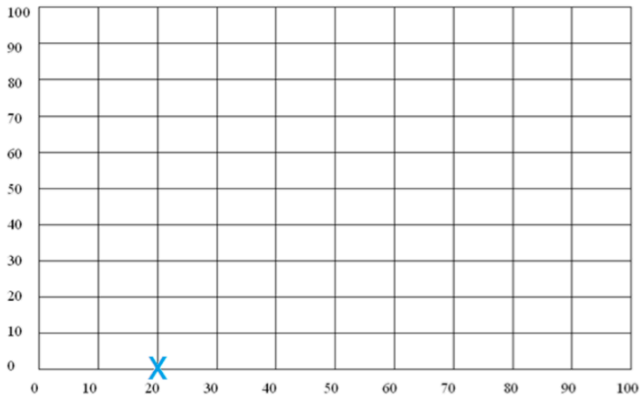


CONVENCIONES	OD ROJO	INESPECIFICO	OI AZUL
Via aerea			
Via osea			
Via aerea/maskin			
Via osea/maskin			
Campo libre			

PROMEDIO DETONOS PUROS (PTP)

500-1000-2000 HZ

OD:_____dBHL OI:_____ dBHL



idime

HALLAZGO	OD-ROJO	OI AZUL
SRT	dB	dB
SD	dB (%)	dB (%)
Rellover		
MCL		
UCL		

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: sensibilidad auditiva periférica dentro de los limites normales.

Dx: Paciente sano no se observan lesiones o patologías.

DR. HUGO HINCAPIE
OTORRINOLARINGOLOGO
REG. 911148

idime

No ingreso : 43587930
Paciente: Jorge Andrés Martinez Valbuena.
Edad: 34 años
FECHA Y HORA DE INGRESO: 15/06/23
Servicio:consulta particular

No orden: 198476590387
Historia: 1094902152
Teléfono: 3104061961

Se atiende a paciente masculino de 34 años de edad, se le informa sobre riesgos del examen a realizar y se le hace entrega de consentimiento informado con su respectiva firma.

OPTOMETRIA

ITEM	OD	OI
ESF	**N**	**N**
CIL	- - - -	- — -
EJE	- - - -	- - - -
ADD	- - - -	- - - -
AV	20/20	20/20

DX: Paciente sano sin ninguna patología, se evidencia una esfera sana sin ninguna lesión con un buen eje céntrico, no se observan masas ni anomalías.

Observaciones: Ninguna. — —

Marien Benavides Optómetra
1019042521

DRA JULIANA SILVA MEJIA
MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CARDIO VASCULAR, RESPIRATORIO, OSTEO MUSCULAR Y PSICOSOCIAL

Fecha	**03 jun 2023**	Hora Llegada	8:30AM	Hora salida	9:30AM

I- IDENTIFICACION

1. Apellido		2. Apellido		Nombres		Doc. Identificación	**CC 1094902152**
Martinez		**Valbuena**		**Jorge Andres**		EDAD	**34**
GENERO	M **x** F	Fecha de nacimiento	**01 enero 1989**		LUGAR DE NACIMIENTO		**Armenia Quindio**
Escolaridad	*PROFESIONAL*	Estado Civil	UNION LIBRE	Dirección	CALLE 146F #73ª-20		
Barrio	*SUBA*	Ciudad	BOGOTA	Teléfono	3[illegible]		
Empresa	**SENA**		Dependencia	INDEPENDIENTE	Cargo		**Instructor**
Fecha de ingreso a la empresa			Antigüedad en la empresa		Tiempo en el cargo		
EPS		ARL		AFP		Tipo de examen	**INGRESO**
Viene acompañado	SI		NO X			Parentesco	

EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS	**EXAMEN MEDICO**	X	**AUDIOMETRIA**	**NORMAL**
	OPTOMETRIA	**NORMAL**	**VAL VESTIBULAR**	**NORMAL**
	VISIOMETRIA	**NORMAL**	**LAB. CLINICO**	
OTROS				

X- CONCEPTO MARQUE CON UNA X

TIPO DE EXAMEN			
		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	X
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	*X*	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeorar su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZADO (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		Satisfactorio con patología	
POST INCAPACIDAD		No satisfactorio	

Enfermedad general	no	Enfermedad Profesional		NO	Secuelas o Accidente de Trabajo		NO
Requiere de exámenes complementarios		NO	Cuales				

XI- RECOMENDACIONES

CAPACITAR SOBRE POSIBLE RIESGOS EN EL CARGO, BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO PERMANENTE DE EPP,NUTRICIÓN ADECUADA, AUTOCUIDADO,EJERCICIO CARDIOVASCULAR,INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO BIOMECÁNICA Y CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.,

XII – RESTRICCIONES

NINGUNA

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	**9:30AM**

Dra. Juliana Silva Mejía
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 7945-2017
C.C. 1098639908

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

DRA JULIANA SILVA MEJIA
MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR, OSTEO MUSCULAR, PSICOSOCIAL Y RESPIRATORIO

Examen cardiovascular

Presión arterial : 120/80 mm Hg

Frecuencia y ritmo cardiaco: Normal

Foco mitral: Normal

Foco mitropidio: Normal

Foco aórtico: Normal

Foco pulmonar: Normal

Foco mesocardico: Normal

Foco pulmonar descendente: Normal

Paciente sano no se evidencias patologías, soplos, desdoblamientos tipo r1 o r2, no se evidencias bloqueas de rama D/I.

Examen Osteomuscular

Extremidades inferiores : Normal

Extremidades superiores : Normal

Vertebras cervicales : Normal

Vertebras torácicas : Normal

Vertebras lumbares : Normal

Paciente sano no se evidencias patologías ni fracturas.

Examen Psicosocial

Paciente sano

Examen Respiratorio

Se realiza examen respiratorio bajo el método de inspección, palpación, percusión y auscultación.

Se realiza toma de oximetria y capacidad pulmonar

Paciente de 34 años

No fuma

Oximetria: normal 96%

Capacidad pulmonar: nivel 3b

No se evidencian lesiones pulmonares

No se evidencias enfermedad pulmonar obstructiva

DX: paciente sano

Dra. Juliana Silva Mejía
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 7945-2017
C.C. 1098639908

FIRMA y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

Hace constar:

Que el Sr(a) JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1094902152 realizó el día 05/07/2023 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 JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1094902152 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) JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1094902152 el día 06/07/2023 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 **JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA** con **CC** No. **1094902152**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 14/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** ESTUDIANTE EN PRACTICA (DECRETO 055 DE 2015) **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 20230101797661.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de julio de 2023.

Cordialmente

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

MIS_4.1.3_FR15 v.06

Certificado Bancario

Miercoles,14 de junio de 2023
Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JORGE ANDRES MARTINEZ VALBUENA identificado(a) con CC 1094902152, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10139743739	2015/03/19	CXC PENDIENTES

*** 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: (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 del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos
Bancolombia

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 1094902152 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 04/06/2023 07:00 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC