SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**15602-089602**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES	**C.C.**	1.143.424.868	**IP/Nº de contacto**	52007
Correo electrónico contratista:	cagalvis868@misena.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: AV VILLAS **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 813718579

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: 5149915/2023 **Nº Compromiso SIIF** **103223**

Valor Total del Contrato	$ 21.026.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.026.667	**1**	**Del**	**04/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 3.420.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.606.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CARÁCTER TEMPORAL FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PROG FORMACIÓN INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET RADICADO 08-9-2023-015404...PZO 19/12/2023

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.420.000		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	**$ 3.420.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.010.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1055668257**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.368.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 171.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 218.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 855.000	$ -	
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	$ 342.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 670.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.010.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.030.100,00	
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	30.301,00	1,000%
-	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	**$3.389.699,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral,
En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPara el Programa Formación INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET
Impartir formación en el área de TG Producción Multimedia y desarrollo de medios gráficos visuales fichas número 2626930
Impartir formación en el área de TG Producción Multimedia y desarrollo MULTIMEDIA Y WEB fichas número 2721222-2721223
Realizar labores de seguimiento y evaluación a la fichas virtuales número 1667814- 1667850- 1667851 1667852 -1667853- 1667903- 166790
1667852 -1667853- 1667903- 1667909- 1667979- 1667980 -1667981- 1668033- 1668043- 1668044 -1881666-2176044 -2176045- 2374667

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.

CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES
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,

KENNY MAURICIO CABALLERO CASTAÑO
INSTRUCTOR G15

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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-13, 03:14:50 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1055668257

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023

PAGADO 24/06/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES		
Documento	CC1143424868	**Dirección**	CL 13 #17 B - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1143424868	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.520.000	$ 243.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.520.000	$ 190.000	0,522	$ 1.520.000	$ 8.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.520.000	$ 1.520.000	$ 1.520.000	$ 0	$ 243.200	$ 190.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.200	$ 0	$ 441.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-06-24, 09:12:26 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2023
Empresa	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES
CEDULA CIUDADANIA	CC 1143424868
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1055668257
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	6677792
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 441.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 243.200	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 190.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 8.000	$ 0
		SubTotales:		$ 441.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 441.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14731013686

(415)7707212489984(8020) 000001473101368 6

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GALVIS	MANJARRES	CARLOS	AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 13 17 B 52

42. Correo electrónico: caugalvis@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
8 0 0 6	3 0 4 2 5 0 1 3 6 9	

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 2021 - 01 - 29 / 11 : 23: 48

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 GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 15/Ene/2021, **Hora:** 09:22:29 a.m.
Apellido: Galvis Manjarres **Nombre:** Carlos Augusto **HC:** # 13277
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1143424868 **Edad:** 31 años
Empresa: Particular **Sexo:** Masculino ♂
Cargo: Instructor De Formacion **Nacim:** 28/Nov/1989
Lugar: **Rh:** O+
Direccion: Calle 13 # 17b-52 La Luz - B/quilla
Telefono: **Celular:** 3042501369 **Email:** Augalvis@gmail.com **Estado Civil:** Soltero

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz., Examen Medico Con Enfasis Osteomuscular, Optometria., Perfil Lipidico(colesterol Total Ldl,hdl, Vldl Y Triglicéridos), Valoración Mental Y Social

Concepto

Apto Con Recomendaciones Para El Cargo.

Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable, Reducir De Peso, Continuar Seguimiento En Su Eps De Estado Nutricional., Evaluar Alternativas De Organización Laborales Flexibles.

Observaciones

Anotacion Audiometria Tamiz(13 Enero 2021), Optometria (13 Enero 2021) Y Perfil Lipidico (13 Enero 2021) Aportados Por El Paciente.

IMPORTANTE:
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.
2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud

Agustin Abad Mercado Santiago
Medico Esp. En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5895 de 18 OCT 2019
Registro #: 12174/89

Carlos Augusto Galvis Manjarres
CC 1143424868

Huella Digital

Centro Diagnóstico S.A.S.

Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	53155
FECHA	13/01/2021

ESTUDIO AUDIOLÓGICO

Autorizo la realización del exámen Si [X] No [ ]

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	**CEDULA**	1143424868
EDAD	31	**OCUPACION**	INSTRUCTOR (A)
EMPRESA	1143424868	GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	
EMPRESA EN MISION			



TIPO DE EXAMEN

Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ]

ANTECENDENTES PERSONALES DE AFECCIONES QUE PUEDEN PERTURBAR EL OIDO

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Trauma severo de craneo	[ ]	[X]	Paroditis	[ ]	[X]
Hipertensión arterial	[ ]	[X]	Sarampión	[ ]	[X]
Diabetes Mellitus	[ ]	[X]	Rubeóla	[ ]	[X]
Sífilis	[ ]	[X]	Tuberculosis	[ ]	[X]
Meningitis	[ ]	[X]	Exposicion a explosiones	[ ]	[X]
Paralisis Facial	[ ]	[X]	Cirugia de oído	[ ]	[X]
Trauma directo en oído	[ ]	[X]	Tratamiento Prolongado con antibioticos	[ ]	[X]

HA SENTIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES

Síntomas/signo	SI	NO	Síntomas/signo	SI	NO
Mareos	[ ]	[X]	Cefalea	[ ]	[X]
Vértigo	[ ]	[X]	Otalgia	[ ]	[X]
Náuseas	[ ]	[X]	Oído tapado	[ ]	[X]
Vomito	[ ]	[X]	Tinnitus	[ ]	[X]
Secreciones	[ ]	[X]			
Servicio Militar	[ ]	[X]	Deportes Motorizados	[ ]	[X]
Uso Motocicleta	[X]	[ ]	Trabajos Domesticos con Motores	[ ]	[X]
Practica de tiro	[ ]	[X]	Uso de Walkman o Audifonos	[X]	[ ]
Discoteca Frecuente C / Sem.	[ ]	[X]	Otros	[ ]	[X]

Antecedentes familiares de enfermedades en los oidos No

¿Cual(es)?

¿Ha sentido dificultad para escuchar radio, televisión, teléfono, o conversaciones? No

¿Tiene audiometrías previas? Si **Resultado** Normal

¿Estuvo expuesto a ruido antes de asistir a este examen? No

¿Estaba usando protección auditiva adecuadamente? No

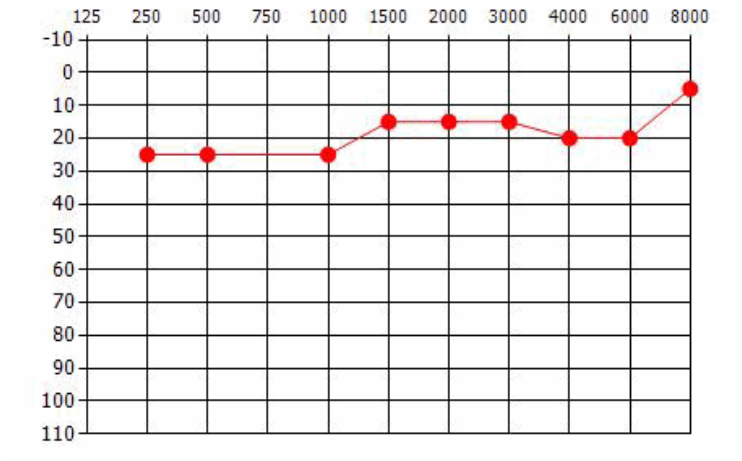
¿Por cuál oído escucha mejor? Igual

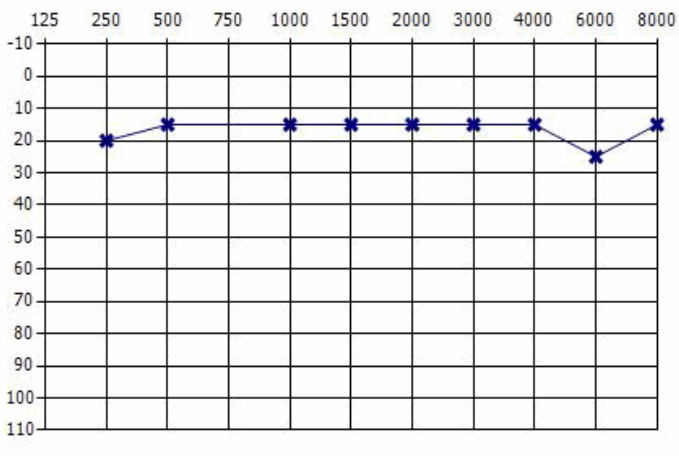
EXAMEN FÍSICO AUDIOLÓGICO

Otoscopia	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Aspecto del conducto	NORMAL	NORMAL
Tapón de Serumen	NORMAL	NORMAL
Otorrea	NORMAL	NORMAL
Perforacion timpánica	NORMAL	NORMAL

AUDIOGRAMA

OÍDO DERECHO **VIA** Aereo **OÍDO IZQUIERDO**





ELI C **SAL** B **Promedio** 18.75

ELI B **SAL** A **Promedio** 15.00

Diagnostico(s):

VÍAS AEREAS DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.

Recomendaciones:

Recibí educación sobre Protección Auditiva	SI	X	NO	
Me fue explicado este resultado	SI	X	NO	

FIRMA Y SELLO MEDICO



DR. HERNAN MEJIA ALVEAR

RM : 4221

LIC SO : 0337

FIRMA PACIENTE



GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO

C.C. 1143424868

TEL: 3042501369 -

Centro Diagnóstico S.A.S.

Nit. 890.106.175-6

Calle 76 No. 57-10 Locales 17-19
Tels. 3534286 - 3531658
Email: cdiagnostico@metroltel.net.co
Barranquilla - Colombia

DOCUMENTO	32879
FECHA	13/01/2021

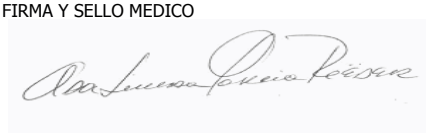
LABORATORIO CLINICO
EXAMEN DE QUIMICA SANGUINEA

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	**CEDULA**	1143424868
EDAD	31	**OCUPACION**	INSTRUCTOR (A)
EMPRESA	1143424868	GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	VALORES NORMALES
GLICEMIA A		70-100 MGS/DL
GLICEMIA B		Hasta 160 MGS/DL
ACIDO URICO		3.7/7.0 MGS/DL
COLESTEROL	187	Hasta 200 MGS/DL
COLESTEROL HDL	63	Mayor de 40 MGS/DL
COLESTEROL LDL	179	Menor de 150 MGS/DL
COLESTEROL VLDL	45	Menor de 40 MGS/DL
TRIGLICERIDOS	225	Hasta 150 MGS/DL
BUN		8-20 MGS/DL
CREATININA		0.7/1.2 MGS/DL
UREA		15-45 MGS/DL
CALCIO		8.5-10.5 MGS/DL
BILIRRUBINA TOTAL		0.0-1.0 MGS/DL
BILIRRUBINA DIRECTA		0.0-0.4 MGS/DL
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.2-0.6 MGS/DL
GPT		Hasta 40 U.I.
GOT		Hasta 40 U.I.
FOSFATASA ALCALINA		400.00-129.0 U/L
		NIÑO 100-400 U.I
PROTEINAS TOTALES		6.0-8.3 GR/DL
ALBUMINA		3.5-5.0 GR/DL
GLOBULINA		2.5.5.5 GR/DL
COLINESTERASA		4.970-13.977 U/L
OBSERVACION		

FIRMA Y SELLO MEDICO



DRA. ADA LINDA GARCIA RIEDER

RM : 534

UNIOPTICA LTDA.

OPTICA DEL NORTE

Fecha: Enero 13/2021

CERTIFICA

Que el paciente: Carlos Galvis Manjarrez

No Necesita corrección Oftálmica con la siguiente fórmula

O. D. Neutro A.V. 20/20

O. I. Neutro A.V. 20/20

Percepción a los colores: Noraml

Campos visuales: Normal

Balance Muscular: Normal

Observaciones: EMETROPE. ESTEREOPSIS: NORMAL

Atentamente,

UNIOPTICA LTDA
OPTICA DEL NORTE
Dr. Juan Donado
Nit 800 154 030-3

Calle 76 No. 52-65 - Teléfono: 3602125 - Barranquilla - Colombia

HABILIDADES SOCIALES (HH.SS)

A continuación te presentamos una tabla con diferentes aspectos de las *"Habilidades Sociales Básicas"*. A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de tú *"Competencia Social"* (conjunto de HH.SS necesarias para desenvolverte eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que te ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, teniendo para ello en cuenta:

[1] → Me sucede **MUY POCAS** veces

[2] → Me sucede **ALGUNAS** veces

[3] → Me sucede **BASTANTES** veces

[4] → Me sucede **MUCHAS** veces

	HABILIDADES SOCIALES	1	2	3	4
1	Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo		X		
2	Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes	X			
3	Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos			X	
4	Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada		X		
5	Permites que los demás sepan que les agradeces los favores	X			
6	Te das a conocer a los demás por propia iniciativa		X		
7	Ayudas a que los demás se conozcan entre sí		X		
8	Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza		X		
9	Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad			X	
10	Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad		X		
11	Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica				X
12	Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente			X	
13	Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal				X
14	Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona	X			
15	Intentas reconocer las emociones que experimentas				X
16	Permites que los demás conozcan lo que sientes			X	
17	Intentas comprender lo que sienten los demás	X			
18	Intentas comprender el enfado de la otra persona		X		
19	Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ellos				X
20	Piensas porqué estás asustado y haces algo para disminuir tu miedo		X		
21	Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa		X		
22	Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada		X		

Curso 2.003 - 04

Dpto. de Orientación - I.E.S. Sem Tob

11034641 61

Agustin Abad Mercado Santiago
Medico Esp. En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5895 de 18 OCT 2019
Registro #: 12174/89

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: Carlos Augusto Galvis Varón [Y] Mujer [ ]
Fecha: F. nacimiento: 21/nov/89 Edad: 31
Estudios/Profesión: Estudiante N. H°:
Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	5
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	5
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	1
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	5
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	3
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 *REPETICIÓN.* Pedirle que repita la frase: *"ni sí, ni no, ni pero"* (o *"En un trigal había 5 perros"*) 0-1 *ÓRDENES.* Pedirle que siga la orden: *"coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo"*. Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 *LECTURA.* Escriba legiblemente en un papel *"Cierre los ojos"*. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 *ESCRITURA.* Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 *COPIA.* Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	 LENGUAJE (Máx.9)	8
Puntuaciones de referencia 27 o más: normal 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	29

a.e.g. (1999)

CC 1147464101

Agustin Abad Mercado Santiago
Medico Esp. En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 5895 de 18 OCT 2019
Registro #: 12174/89

Escaneado con C

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 realizó el día 07/07/2023 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 CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 realizó el día 07/07/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 realizó el día 07/07/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 realizó el día 07/07/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 el día 07/07/2023 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 **CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES** con **CC** No. **1143424868**, 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:** 25/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 04/07/2023 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023 **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): 202301017254162.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de julio 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 AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 813718579

El Banco AV Villas certifica que: **Carlos Augusto Galvis Manjarres**
identificado con el documento No. 1143424868, tiene en la oficina CC PLAZA DORAL (806) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 813718579 desde el 30 de marzo de 2016.

Fecha de expedición: 13/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777
Barranquilla: 330 4330
Bucaramanga: 630 2980
Medellín: 325 6000
Cali: 885 9595
Resto del país: 01 8000 51 8000

Grupo AVAL

BQUILLA, Junio 20 de 2023

Señor:
GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO
CC. 1143424868
CL 13 N17B 52 - 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 Septiembre 4 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	1143424868	C	Sep-4-2012	56	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANJARRES BARRIOS NANCY ESTHER	32819451	C	Sep-4-2012	56	0	PADRES	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
CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES	1143424868	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GESTION Y SERVICIOS GYJ SAS	1143424868	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
GESTION Y SERVICIOS GYJ SAS	1143424868	Dependiente	CERRADO
IGLESIA CENTRO BIBLICO INTERNACIONAL	1143424868	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,

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1143424868,** se encuentra afiliado/a desde **26/02/2013** 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 20 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
VALLEDUPAR, 28 DE JUNIO DE 2023	3673603–1		15141386
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
LOLIMAR CASTILLA QUINTERO	17417	039	01215141386

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1143424868	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 17 12 63		BARRANQUILLA	0000001

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1143424868	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES

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	04–JUL–2023	19–ABR–2024	2.102.667,00	50.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
04–JUL–2023	19–ABR–2024	290	04–JUL–2023	19–ABR–2024	$50.000	$9.500	$59.500

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$2.102.667	$8.411	$2.102.667,00

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

104 – NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	039	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
17417	LOLIMAR CASTILLA QUINTERO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	50.000

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
NÚMERO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.5149915 CUYO OBJETO ES INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN INFORMATICA: MICROSOFT WORD,EXCEL E INTERNET

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA