SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**90625-316305**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARTHA CECILIA ACERO BERNAL	**C.C.**	40.021.158	**IP/Nº de contacto**	3228088303
Correo electrónico contratista:	maceabe@misena.edu.co				

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

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** 88214151540

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: 5204488/2023 **Nº Compromiso SIIF** **111523**

Valor Total del Contrato	$ 20.433.140	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.433.140	**1**	**Del**	**11/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 2.619.633,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.813.507		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área Ambiental del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.619.633		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	**$ 2.619.633**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.846.825**		**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	----------	**C. AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 654.908	$ -	
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	$ 615.608	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.846.825,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.619.633,00	
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 - 334	15.980,00	0,610%
-	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	**$2.603.653,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Los días 11,12,13 de Julio Inducción sobre GC Y GF, y se realizó gestión para curso complementario
Semana del 17 al 21 Formación complementaria EJECUCION DE OPERACIONES PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LOS RESIDUOS SOLIDOS FICHA 2807158 curso de 40 horas.
Competencia: recolectar los residuos sólidos potencialmente reciclables de acuerdo a Procedimientos establecidos y normatividad vigente.
Semana del 24 al 28, 31 de Julio Formación Titulada 260613 TEGNOLOGO EN GESTION DE RECURSOS NATURALES. 48 HORAS
REALIZAR PROGRAMAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL BÁSICO, APLICANDO LAS NORMATIVIDAD VIGENTE Y LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS
EFECTUAR EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN EL ECOSISTEMA, APLICANDO CRITERIOS TÉCNICOS Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

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.



MARTHA CECILIA ACERO BERNAL
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,

CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

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

MARTHA CECILIA ACERO BERNAL 1072164794

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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 B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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
ACERO	BERNAL	MARTHA	CECILIA

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	40 021 158	Femenino X Masculino	16 11 1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
AVENIDA LIBERTADORES 26-56	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3029409920	aceromartica@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
PAIPA	Urbana Rural		BOYACA

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	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		
B		
B		
B		

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

- 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

54. Nombre o razón social: EMPRESA COOPERATIVA

36. Tipo documento de identificación: CC NI CE TI

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones no regulado 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
- [X] 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: PARRA Segundo Apellido: ACUÑA Primer Nombre: PABLO Segundo Nombre: FERNANDO

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Número de documento de identidad: 1.049.629.938
Sexo: Femenino Masculino
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: 11 07 2023

43. EPS anterior: COMPENSAR
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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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: X TOTAL: 1

- [ ] 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 SISBEN
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: Independiente

EPS Sanitas
OFICINA DUITAMA
11 JUL 2023
Recibido Por:
Hora:
RECEPCIÓN PARA ESTUDIO

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARTHA CECILIA ACERO BERNAL, identificado(a) con Documento No. 40.021.158, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Dic.13/21	DEVOLUCION_SALDOS	[redacted]
Nov.29/21	DEVOLUCION_SALDOS	

Así las cosas el(la) Señor(a) MARTHA CECILIA ACERO BERNAL, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 11 días del mes de Julio de 2023.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

porvenir

S26

Bogotá D.C. 30 de noviembre 2021.

428800000544125

Señora
MARTHA CECILIA ACERO BERNAL
marthacacerob@yahoo.es

Rel. Rad. Porvenir. N.A.
SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL
CC. 40021158
T.N. N.A.
COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud por Devolución de Saldos ha sido **APROBADA** por un valor de $[redacted], el cual corresponde a los aportes realizados en su cuenta individual de pensión obligatoria más los rendimientos generados.

El pago será abonado máximo al día siguiente de la entrega de esta comunicación a la cuenta bancaria reportada por usted del banco Bancolombia S.A..

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos[1].

Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por habernos confiado la administración de sus aportes.

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso Trabajamos día a día de forma incansable para construir un mejor porvenir para todos[2 3 4]

Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado[5]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensionados y Pagos
LRR / S.B.P.
C.C. EXP. DV 482838

[1]Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reún requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invali anticipadamente.

1/1

Radicado - Porvenir S.A.
0106507009346000

SEÑORES
PORVENIR

REF: SOLICITUD CERTIFICADO Y/O DECLARACION DONDE DIGA SOBRE "CESA LA OBLIGACION DE COTIZACION A PENSION OBLIGATORIA"

Cordial Saludo;

EL motivo de mi solicitud, o mas bien el destino del Certificado es para contratación con el SENA regional Boyaca, en Duitama. CEDEAGRO.

Me urge su gentil Colaboración, ya que sin este documento no se puede completar el proceso de Contratación.

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA DUITAMA
MOD 2 11 JUL 2023 MOD. 2
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Agradezco la atención.

Martha C. Acero B. 23.

Martha Cecilia Acero Bernal.
C.C. 40'021.158 de Tunja.

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 **MARTHA CECILIA ACERO BERNAL** con **CC** No. **40021158**, 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:** 10/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2023 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **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): 202301017298139.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 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

Hace constar:

Que el Sr(a) MARTHA CECILIA ACERO BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40021158 realizó el día 15/07/2023 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 MARTHA CECILIA ACERO BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40021158 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14636850437

(415)7707212489984(8020) 000001463685043 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 0 2 1 1 5 8	1 9 8 3 0 2 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACERO	BERNAL	MARTHA	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 15 17 68 BRR EL TOPO

42. Correo electrónico: marthacacerob@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
4 2 9 0	2 0 1 3 0 1 2 0	4 3 9 0	2 0 1 3 0 1 2 0	8 5 4 3	7 1 1 0	2 1 4 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 07 - 26

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 ACERO BERNAL MARTHA CECILIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Viernes, 23 de junio de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARTHA CECILIA ACERO BERNAL identificado(a) con CC 40021158, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	88214151540	2013/10/07	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.

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 40021158 **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 23/06/2023 07:59 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTORIO MEDICINA LABORAL PAIPA
DR. FABIÁN J. F. PÁEZ

CONSULTORIO MEDICINA LABORAL PAIPA

Paipa - Carrera 20#21-00- Centro Comercial y Profesional Paso Real- Local 115
Duitama - Carrera 14 # 11-18 - Fisiatras para la Rehabilitación del Adulto y la Habilitación Infantil- FRAHI
Cel: 300 3581169 - E-mail: medicolaboralpaipa@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.146

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	06 MES	2023 AÑO	PAIPA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE	CEDEAGRO DUITAMA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

ACERO BERNAL MARTHA CECILIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	58 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC	40021158
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
PACIENTE APTO PARA EL CARGO, QUIEN PRESENTA CONDICIÓN DE SALUD, QUE NO AFECTA DIRECTAMENTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ESPIROMETRIA	✓
VISIOMETRIA	✓	Mini-examen del estado mental	✓
AUDIOMETRIA TAMIZAJE	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO : DISMINUIR APORTE CALORICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR CONTROLADA, IDEALMENTE MONITORIZADA Y ACORDE A CONDICION FISICA ACTUAL. IMPLEMENTACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	REALIZAR EJERCICIO FÍSICO REGULARMENTE
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A NECESIDAD SEGÚN CARGO, ACTIVIDAD Y ÁREA	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA, ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO CONTINUO DE MANOS, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES, HIDRATACIÓN ADECUADA Y DAR AVISO ANTE CUALQUIER CAMBIO EN ESTADO DE SALUD O CUALQUIER CONTACTO DE RIESGO. CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. CAPACITAR E IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS ADECUADAS SEGÚN SU ACTIVIDAD.

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

Médico

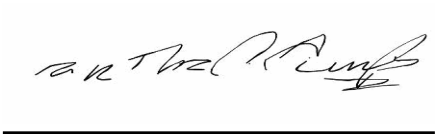
Firma: 

Nombre: PAEZ FABIAN

R. M.: 964/2009 **L.S.O.:** 2646/2013

Código de Seguridad
B920H1N1146

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: ACERO BERNAL MARTHA CECILIA

CC: 40021158

CONSULTORIO MEDICINA LABORAL PAIPA
DR. FABIÁN J. F. PÁEZ

CONSULTORIO MEDICINA LABORAL PAIPA

Paipa - Carrera 20#21-00- Centro Comercial y Profesional Paso Real- Local 115
Duitama - Carrera 14 # 11-18 - Fisiatras para la Rehabilitación del Adulto y la Habilitación Infantil- FRAHI
Cel: 300 3581169 - E-mail: medicolaboralpaipa@gmail.com

Fisiatras para la Rehabilitación del Adulto y la Habilitación Infantil FRAHI

27 | 06 | 2023

N° Identificación: 40021158 **Paciente:** ACERO BERNAL MARTHA CECILIA **Edad:** 58 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS

R/.

RESULTADO PRUEBA MINIMENTAL-TEST

Se realiza aplicacion de prueba minimental test, con el fin de identificar: Detectar deterioro cognitivo leve o demencia. El resultodo nos indica que la paciente Martha Cecilia Acero B. no presenta deterioro cognitivo ni razgos que sugieran demencia en el momento de la evaluación.

Código de Seguridad
D920J13P1146

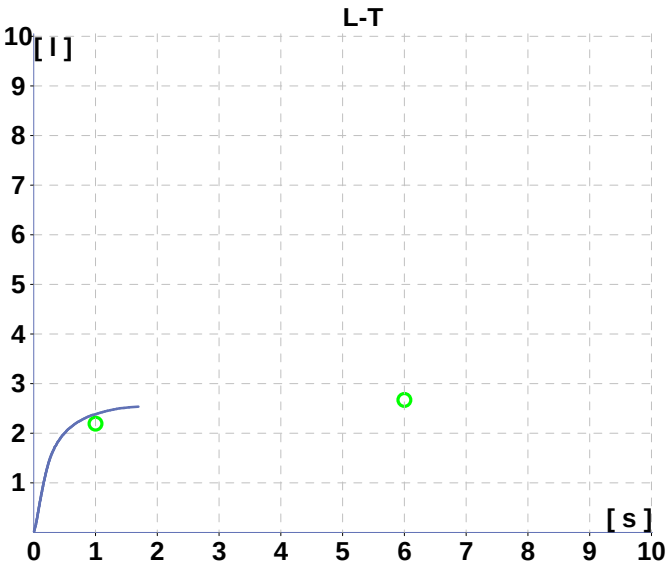
Paez
Fabián J.F. Páez Pineda
Médico especialista S.S.T.
Lic: 1930/2023 U.P.T.C.

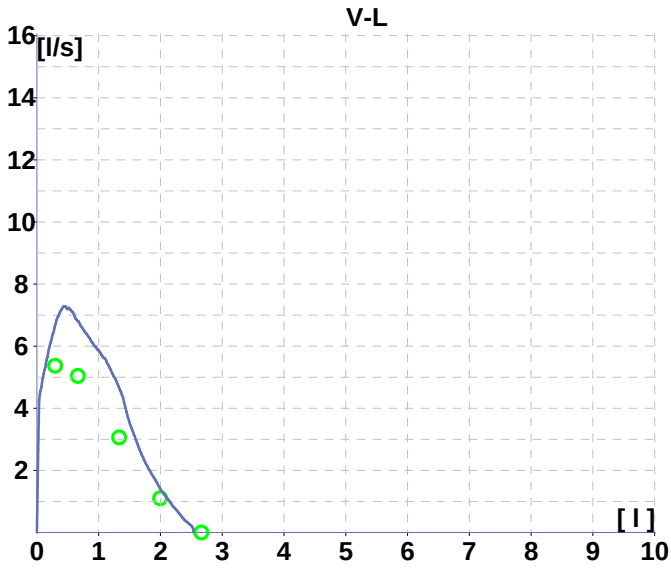
PAEZ FABIAN
R.M. 964/2009

CONSULTORIO DE MEDICINA LABORAL PAIPA vital capacity report

ID: 00000013	Test name: MARTHA ACE	Gender: female	Age: 58
Nation: Caucasian	Height: 154 cm	Weight: 92 kg	Time: 2023-06-27 14:17

FVC: 2.69(l)	FVC/Pred.: 101%	FEV1: 2.50(l)	FEV1/Pred.: 114%
PEF: 7.43(l/s)	PEF/Pred.: 139%	FEV1%: 93%	FEV1%/Pred.: 113%
FEF2575: 4.00(l/s)	FEF2575/Pred.: 170%	FEF25: 6.91(l/s)	FEF75: 1.70(l/s)





Diagnose

INDICE FEV1/FVC: 92; FVC:101% DEL PREDICHO, ESPIROMETRIA NORMAL

Physician:FABIAN PAEZ Date:2023-06-27

CONSULTORIO
MEDICINA LABORAL PAIPA
DR. FABIÁN J. F. PÁEZ

AUDIOMETRIA

NOMBRE: MARTHA CECILIA ACERO B. **N° DOCUMENTO: 40021158** **FECHA:27/06/2023**

¿Usa corrección auditiva?: NO

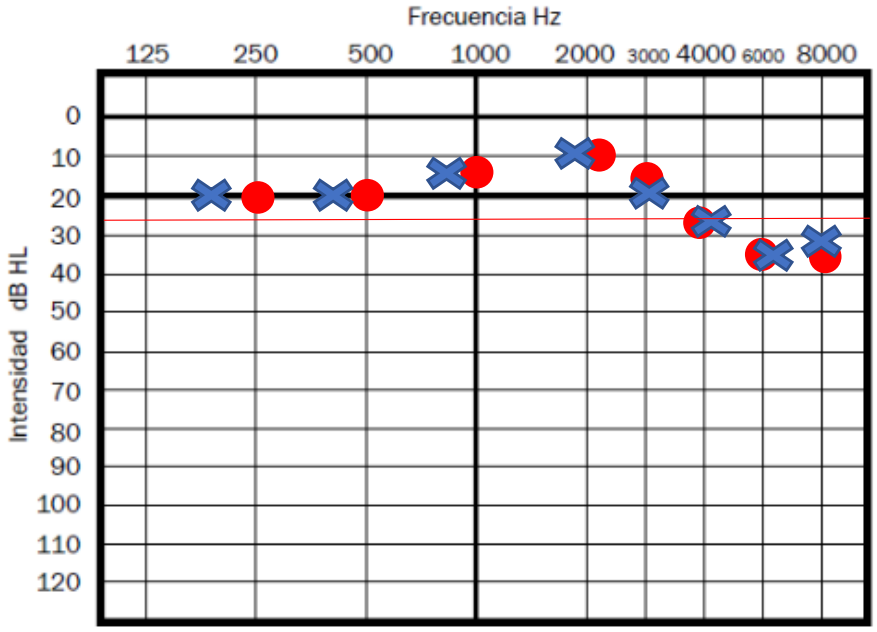
¿Ultimo control auditivo?: NO RECUERDA

¿Cirugías auditivas?: niega

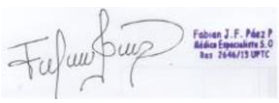
EXAMEN FISICO		
	OD	OI
PABELLON AUDITIVO	Sin Alteraciones	Sin Alteraciones
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Sin Alteraciones	Sin Alteraciones
MEMBRANA TIMPANICA	Integra, Sin Alteraciones	Integra, Sin Alteraciones
miringoesclerosis	No se evidencia	No se evidencia
Presión Mastoidea	No Dolorosa	No Dolorosa

Audiograma

OD ● **OI** ✕



Audiometría: Satisfactoria



CONSULTORIO
MEDICINA LABORAL PAIPA
DR. FABIÁN J. F. PÁEZ

VISIOMETRIA

NOMBRE: MARTHA CECILIA ACERO B. **N° DOCUMENTO: 40021158 FECHA:27/06/2023**

¿Usa corrección óptica?:

¿Ultimo control visual?:

¿Cirugías oculares?: niega

Agudeza Visual					
	Sin corrección			Con corrección	
	V. lejana	**V. próxima**		**V. lejana**	**V. próxima**
OD	20/40	20/40		20/25	20/25
OI	20/30	20/30		20/25	20/25
AO	20/30			20/25	

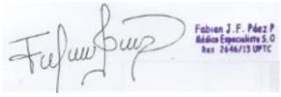
	OD	**OI**
Parpado superior	Sin alteración	Sin alteración
Parpado inferior	Sin alteración	Sin alteración
Conjuntivas	Sin alteración	Sin alteración
Reflejo fotomotor	Normal simétrico	Normal simétrico
Movilidad ocular	Sin alteración	Sin alteración
Campimetría por confrontación	Sin alteración	Sin alteración

Cover test	**OD**	**OI**
TROPIA	No se identifica	No se identifica
Phoria	No se identifica	No se identifica

Estereopsis	40seg	50seg	60seg	80seg	100seg	200seg	400seg
nitidez estereoscópica: 5, estrella , 8, triángulo, círculo					NO satisfactoria		
percepción tridimensional: jirafa,mono,perro,gato y elefante					NO satisfactoria		
					Interpretación: Normal		

Visión cromática, Test de Ishihara	Normal

	OD	**OI**
Fondo de ojo	Sin alteración	Sin alteración



SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.MARTHA CECILIA ACERO BERNAL**	**REFERENCIA:**	**189021419**
DOCUMENTO:	**CC.40021158**	**FECHA INGRESO:**	**12.Jun.2023 08:31 a.m.**
EMPRESA:	**MI IPS BOYACÁ - IPS DUITAMA**	**SEDE:**	**IPS DUITAMA**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**58 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total	**194**	mg/dl	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Técnica:Colorimétrica			
Glicemia en Ayunas	**98**	mg/dl	70 - 100 mg/dl Vlr. Referencia para grupos Especiales: Prematuros: 20 - 60 mg/dl
Técnica:Hexoquinasa			

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

Triglicéridos	**154**	mg/dl	Normal: Menor de 150 mg/dl Límite alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl
Técnica:Colorimétrica			

Analizado por,



LUIS GERARDO RODRIGUEZ SOTELO
BACTERIOLOGO T.P:80902054
Copiado:JFGB

Fecha de Validación:14/Jun/2021 21:16

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.MARTHA CECILIA ACERO BERNAL**	**REFERENCIA:**	**189021419**
DOCUMENTO:	**CC.40021158**	**FECHA INGRESO:**	**12.Jun.2023 08:31 a.m.**
EMPRESA:	**MI IPS BOYACÁ - IPS DUITAMA**	**SEDE:**	**IPS DUITAMA**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**56 Años - Masculino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Colesterol HDL	**43.98** mg/dl	40 - 60 mg/dl	
Técnica:Enzimática			
Fracción VLDL	**30.80** mg/dl	Menor de	30 mg/dl
Fracción LDL	**119.22** mg/dl	Optimo	< 100 mg/dl
		Casi óptima	100 - 129 mg/dl
		Moderado	130 - 159 mg/dl
		Elevado	160 - 189 mg/dl
		Muy Elevado	> 190 mg/dl
Indice Arterial	**4.41**	Menor de	4

Analizado por,

Gerardo Rodriguez

LUIS GERARDO RODRIGUEZ SOTELO
BACTERIOLOGO T.P:80902054
Copiado:JFGB

Fecha de Validación:14/Jun/2021 21:16

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]*

VIGILADO Supersalud

Lafam

Cuidando tus ojos, cuidamos de ti

Nombre Martina

Apellidos Acero Bernal

Fecha de entrega 09/12/2021

INFORME CLIENTE

TU FÓRMULA

	Esf	Cil	Eje	Av	Add
OD	+1.50	-1.75	150		1.00
OI	-0.25	-0.25	80		1.00

Observaciones: Progresivo

Fecha: 03/12/2021

Optómetra: NIA

TU MONTURA

Primer par: Unoffical

Segundo par: _____

TUS LENTES

Tipo	1er par	2do par
Mono	☐	☐
Mult	☑	☐
Ocup	☐	☐

Pack	1er par	2do par
Bronce	☐	☐
Plata	☐	☐
Oro	☐	☐
Platino	☑	☐
Diamante	☐	☐
Rubí	☐	☐

Tto.	1er par	2do par
AR	☑	☐
Blue P.	☐	☐
Fotocro.	☑	☐
Polariz.	☐	☐

TU GARANTÍA EXTENDIDA

Toma garantía Extendida ☐

Tus gafas pueden estar protegidas, la garantía extendida de Lafam, cubre el reemplazo del producto hasta el 75% del valor inicial durante dos años de cobertura por daño accidental. El valor de la garantía varia en función del producto que compres. Leer términos y condiciones en www.lafam.com.co o consulta con el asesor en tienda.

7 PUNTOS DE CONTROL

Con el fin de asegurar la calidad de nuestros productos, nuestros expertos se comprometen a revisar cada una de las siguientes etapas para asegurarte el máximo confort con tu nuevo producto.

En el Laboratorio

Montado por: NIA

Fecha: 09/12/2021

Responsable control: Dsc. Angelo Tobares

- ☑ Ajuste
- ☑ Control potencia lentes
- ☑ Estado superficie
- ☑ Control DNP
- ☑ Control estado montura
- ☑ Tornillería/ Plaquetas
- ☑ Control coloración

Observaciones: NIA

* En caso de no adaptarte a tus gafas, Lafam se compromete a cambiarlas de forma gratuita en un plazo de 30 días desde la fecha de entrega.

Entregado por: _____

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARTHA CECILIA ACERO BERNAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40021158 el día 18/07/2023 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