SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**28128-496508**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JORGE LUIS MORENO VILLAR	**C.C.**	4.803.475	**IP/Nº de contacto**	8550
Correo electrónico contratista:	jlmorenov@sena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53656894748

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: 5180731/2023 **Nº Compromiso SIIF** **80923**

Valor Total del Contrato	$ 17.648.178	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.648.178	**1**	**Del**	**28/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 433.084,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.215.094		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TREINTA Y CINCO (35) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA REGULAR, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ PARA LA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 433.084		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	**$ 433.084**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 57.830**		**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	----------	**8370246865**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 108.271	$ -	
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	$ 39.540	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	57.830,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	102.484,00	
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 - 8551	205,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	6.496,00	1,500%
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	**$426.383,00**	

SON: CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En los días del 28 al 31 de julio realicé actividades de socialización con las compañeras que hacen parte del grupo de apoyo de la coordinación y supervisión del contrato.
Recibí todas las indicaciones de como se debe realizar la consecución de los aprendices, los tiempos de entrega de los documentos y cuáles serían los documentos a entregar.

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 LUIS MORENO VILLAR
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,

CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
INSTRUCTOR G20

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

EL ORDENADOR DEL PAGO

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

* 01 B 16326633 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 1 1 0 2 7 1 7 9 3 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE — A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN — C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO — CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE — A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO C2283 **FECHA DE LA SOLICITUD** 01 08 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Moreno — SEGUNDO APELLIDO: Villar — PRIMER NOMBRE: Jorge — SEGUNDO NOMBRE: Luis

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD [X]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4803475

9. SEXO X

10. FECHA NACIMIENTO 20 01 1983 **11. NACIONALIDAD** Colombiano

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA — **13. COMUNIDAD** — **14. DISCAPACIDAD** SI [ ] NO [ ] — **CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD** — **15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN** — **NIVEL** — **GRUPO** — **16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL** — **17. ARL** — **18. AFP**

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR — **20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** Cra 9 # 27-19 — **LOCALIDAD / COMUNA** — **BARRIO**

CIUDAD / MUNICIPIO Quibdo — **DEPARTAMENTO** Chocó — **ZONA** CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] — **TELÉFONO FIJO** — **Ext.**

TELÉFONO MÓVIL 3232230032 — **CORREO ELECTRÓNICO** JorlumoVi@gmail.com — **IPS** — **IPS ODONTOLÓGICA**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — **23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** — **24. SEXO** — **IPS**

IPS ODONTOLÓGICA — **25. FECHA NACIMIENTO** — **26. NACIONALIDAD**

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO
1											
2											
3											
4											
5											

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1											I	II	
2											I	II	
3											I	II	
4											I	II	
5											I	II	

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

39. Nombre o Razón Social Jorge Luis Moreno — **40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** CC — **41. Numero documento de identidad** 4803475 — **DV** — **42. Tipo de aportante o pagador de pensiones**

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN Cra 9 # 27 - 19 — Quibdo — Chocó — JorlumoVi@gmail.com

3232230032

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 01 08 2023 — **CARGO** Independiente — **OCUPACIÓN** — **SALARIO** $ 1'160.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

46. FECHA (a partir de) Día Mes Año — **47. EPS ANTERIOR Código** — **48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO** C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ] — **49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
54. 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.
55. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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.
57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** — **SEXO** — **FECHA NACIMIENTO**

IX. FIRMAS

Jorge Luis Moreno Villar

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Of...

NUEVA EPS
DEIBY CUESTA C.C. 1010760476
Facultado para estampar
Asesor de cartera
Clave C2283

Huella

X. ANEXOS

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	PE	AS	PT
63. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad:												

Total

64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
66. 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
67. de la unión marital.
Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
69. 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.
70. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
71. Copia de la autorización a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
72. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial — **Código del Municipio** — **Código del departamento**

74. Datos del SISBÉN — SI [ ] NO [ ] — **Clasificación**

75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 — SI [ ] NO [ ] — **CÓDIGO**

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

76. NOMBRE DE LA INSTITUCION — Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre

77. Firma del funcionario

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — Número del documento de identidad

78. Fecha de radicación Día Mes Año — **79. Fecha De Validación** Día Mes Año

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

DISEÑO POR SUMIMAS SAS NIT 830.053.812-2 OCT. 2022

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JORGE LUIS MORENO VILLAR identificado(a) con CC 4803475 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2023
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	FUNDACION SANTA SOFIA DE ASIS QUIBDO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de septiembre del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE LUIS MORENO VILLAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4803475,** se encuentra afiliado/a desde **02/08/2007** 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 24 de agosto de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14725210941

(415)7707212489984(8020) 000001472521094 1

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

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 8 0 3 4 7 5	2 0 0 1 0 8 2 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	VILLAR	JORGE	LUIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CL 45 52 25 BRR BUENOS AIRES PARTE BAJA

42. Correo electrónico jorlumovi@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 3 1 5 4 0	3 2 3 2 9 2 1 9 3 8

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
0 7 2 2	2 0 2 0 1 1 2 6							

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 2020 - 11 - 26 / 09 : 57: 08

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 MORENO VILLAR JORGE LUIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CIBELES R. MARTÍNEZ GUTIÉRREZ
MD Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
RM: 27-4992 LIC27039



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA	-		EVALUACION MEDICA DE RETIRO	-
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:				

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE LUIS MORENO VILLA			EDAD (AÑOS) : 40
C.C: 4.803.475	EMPRESA: SENA REGIONAL CHOCO		
FECHA: 27/06/2023	CIUDAD: QUIBDÓ	CARGO : INSTRUCTOR	LUGAR TRABAJO : QUIBDO

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	-	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO											
	P	N	A		P	N	A		P	N	A
ESPIROMETRIA	X	X		PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	X		X	GLICEMIA	X	X		F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	X	X		COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S): EXAMEN DE LA VOZ	X	X		TRIGLICERIDOS	-						
	-			PERFIL LIPIDICO	X	X					
	-			CUADRO HEMATICO	-						

P: Practicado N: Normal A: Alterado

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION	X
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APLAZADO	-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA			X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS			X
PAUSAS ACTIVAS			X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO			X
CONTROL DE PESO			X
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS			-
VISIOMETRÍA - Control Semestral	____	Anual ____	-
AUDIOMETRÍA - Control Semestral	____	Anual X	-
OPTOMETRIA - Control Semestral	____	Anual X	-

OTRAS: USO DE LENTES DE FORMULACION PARA LABORAR- SEGUIR LINEAMIENTOS EN HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA- FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA- AUTOCUIDADO

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

***CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA**: En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo, esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud."*

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M.

Jorge Luis Moreno
4803475
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

CERTIFICADO ORIGINAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR. Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios u dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional / o exámenes Complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL. Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes
Para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional"

ACEPTO EL CONTENIDO ESCRITO DE ESTE DOCUMENTO Y CERTIFICO LA VERACIDAD DE LA INFORMACION ENTREGADA, EN CONSTANCIA SE FIRMA AL PIE DE PAGINA, DE IGUAL FORMA ACEPTO QUE MI INGRESO NO DEPENDE DEL MEDICO QUIEN REALIZA LA VALORACION

Dirección: Calle 28 N° 6 – 24 Teléfono: 3207210349 e-mail: miosaludips@hotmail.com
Quibdó - Chocó

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JORGE LUIS MORENO VILLAR**, identificada con **CC** número **4803475**, aportó por el empleado **JORGE LUIS MORENO VILLAR** identificado(a) con **CC** número **4803475** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Agosto - 2023	8370246865	24/08/2023	NO
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Agosto - 2023	8370246865	24/08/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,300,000	0.01044	$13,600	$0	$0	Agosto - 2023	8370246865	24/08/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **24** días del mes **Agosto** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.