SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**22 de Enero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**66711-854189**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
Correo electrónico contratista: cacorzo2@misena.edu.co
C.C. 1.098.678.542 **IP/Nº de contacto** 3102771302

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

Banco al cual consignar: BANCO COLPATRIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 4342012486

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: 5752304/2024 **Nº Compromiso SIIF** **2824**

Valor Total del Contrato	$ 44.655.450	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 44.655.450	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.488.515,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 43.166.935		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 10 MESES VR MES $4.465.545

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.488.515		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	**$ 1.488.515**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 833.411**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**67558793**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 372.128	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 277.804	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	833.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.488.515,00	
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	8.931,00	0,600%
-	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	**$1.479.584,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2873445
Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2821753
Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2710125
Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2822961
Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2709032
Impartí formación en bilingüismo a la ficha: 2822965

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 ANDRES CORZO PEÑALOZA
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,

ORLANDO COLMENARES ROJAS
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

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO

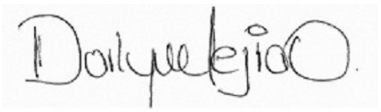
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098678542,** se encuentra afiliado/a desde **15/04/2009** 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 11 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098678542** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098678542
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/01/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	325
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	49

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/01/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14681410985

(415)7707212489984(8020) 000001468141098 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 6 7 8 5 4 2	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 6 7 8 5 4 2	2 0 0 7 1 1 2 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORZO	PEÑALOZA	CARLOS	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CL 65 25 09 BRR LA VICTORIA

42. Correo electrónico: cp.carlos89@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 7 7 1 3 0 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 6 0 9 1 3	8 5 4 3	2 0 1 6 0 9 1 3				2 3 2 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios 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 2020 - 01 - 30

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORZO PEÑALOZA CARLOS ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-12-11, 03:31:48 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2023
Empresa	CARLOS ANDRES CORZO PENALOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1098678542
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	67558793
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	330881432
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	$ 336.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 145.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 6.100	$ 0
		SubTotales:		$ 336.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 336.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo 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.

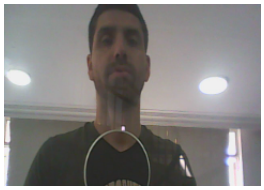
Cendiatra

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19

Fecha impresión : 2023-01-20

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA		
Identificación	CC	**Nro**	1098678542
Fecha de Nacimiento	1989-11-20	**Edad**	33
Genero	M	**RH**	O +
Estado civil	Soltero	**Escolaridad**	Universitario
Estrato	4	**Ciudad**	Bucaramanga
Direccion	direccion	**Telefono**	telefono
Acompañante		**Tel_Acompañante**	
Empresa	CLIENTE OCASIONAL	**Cargo**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede	Bucaramanga	**Sede**	CENDIATRA BUCARAMANGA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

TIPO EXAMEN	
NACIONALIDAD	
DIVISION	
OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	
HIJOS	NO
RAZA	MEZ
DATOS EMPRESA	
RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	
FECHA BRIGADA	
AREA TRABAJO	
TURNO TRABAJO	DIURNO
INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO	
TIEMPO EN EL CARGO - AÑOS	
TIEMPO EN EL CARGO - MESES	
MAQUINARIA, EQUIPOS UTILIZADOS Y HERRAMIENTAS	
DESCRIPCION DE FUNCIONES	PACIENTE REFIERE REALIZAR LABORES DE DOCENTE
MATERIA PRIMA UTILIZADA	
RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES	
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SI Observaciones: EMPRESA: INDEPENDIENTE CARGO: DOCENTE TIEMPO: 6 AÑOS
ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
ACCIDENTE LABORAL	NO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
ESTADO DE SALUD ACTUAL	
ESTADO DE SALUD ACTUAL	BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA ORIENTADO EN LAS 4 ESFERAS, COLABORADOR, LENGUAJE APROPIADO Y COHERENTE, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE. "EL EXAMEN FÍSICO SE REALIZA BAJO LAS ESTRICTAS MEDIDAS DE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DOTADOS POR LA INSTITUCION" BIOSEGURIDAD
ANTECEDENTES PERSONALES	
QUIRURGICOS	NO
HERNIAS	NO
PATOLOGICOS	NO
TRAUMATICOS	NO
LUMBAGO	NO
TRASTORNOS VISUALES	SI Observaciones: MIOPIA CON LENTES
ALERGIAS	NO
TRASTORNOS AUDITIVOS	NO

EPILEPSIA	NO
LESION PIEL	NO
TRASTORNOS MENTALES	NO
SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO	NO
HIPERTENSION	NO
DIABETES	NO
GASTRITIS	NO
VARICES	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO
DESCRIPCION	PACIENTE REFIERE NIEGA TENER ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, NIEGA CONTROL MEDICO Y NIEGA MANEJO FARMACOLOGICO.
ESPECIFICO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
ALTERACIONES NEUROLOGICAS	NO APLICA
HIPOGLICEMIA	NO APLICA
DISLIPIDEMAS	NO APLICA
MAREOS	NO APLICA
VERTIGO	NO APLICA
FOBIA A LAS ALTURAS	NO APLICA
DESMAYOS	NO APLICA
ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS	
PARTOS	
GESTACIONES	
ABORTOS	
FUM	
ULTIMO PARTO (AÑOS)	
ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS	
CONSUMO DE TABACO	NO
CONSUMO DE LICOR	NO
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO
MEDICAMENTOS CRONICOS	NO
OBSERVACIONES	
EXAMEN FISICO	
SIGNOS VITALES	
PESO (KG)	86
TALLA (CM)	186
IMC (M2)	24.86
CLASIFICACION	Peso Normal
FC (MIN)	74
TA (MMHG)	140/85
DESCRIPCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	
ORGANO O SISTEMA	
CABEZA Y CUELLO	NORMAL
OJOS	NORMAL
VISION LEJANA OD	
VISION LEJANA OI	
VISION CERCANA OD	
VISION CERCANA OI	
NARIZ	NORMAL
OIDOS	NORMAL
OROFARINGE	NORMAL
TORAX	NORMAL
CARDIORESPIRATORIO	NORMAL
ABDOMEN	NORMAL
COLUMNA VERTEBRAL	NORMAL Observaciones: REGION LUMBAR: MODERADA ESCOLIOSIS, NO DOLOR A LA DIGITOPRESON. PACIENTE REFIERE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICO. PACIENTE REFIERE DESCONOCE GRADO DE LA ESCOLIOSIS, NIEGA MANEJO Y CONTROL MEDICO, REFIERE USO DE PLANTILLA ORTOPEDICA POR DISMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES.
DORSO	NORMAL
PIEL ANEXOS	NORMAL
SISTEMA NERVIOSO	NORMAL
EXTREMIDADES	NORMAL
VARICES	NORMAL
GENITOURINARIO	NORMAL

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19 **Fecha impresión : 2023-01-20**

DOMINANCIA	Diestro
DESCRIPCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS	-TEST DE ADAMS NEGATIVO - TEST DE WELLS II -MARCHA PUNTA TALON NO DOLOR LASEGUE NEGATIVO BILATERAL LASEGUE CONTRALATERAL NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO
TINNEL	
TINNEL DERECHO	NEGATIVO
TINNEL IZQUIERDO	NEGATIVO
PHALEN	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS	
EXAMENES DE LABORATORIO	
INTERPRETACION MEDICO	
EXAMENES AUXILIARES	
AUDIOMETRIA TAMIZ	
TAMIZAJE AUDITIVO	
OPTOMETRIA	
VISIOMETRIA	
ESPIROMETRIA	
EVALUACION DE LA VOZ	
OTROS	
EXAMENES COMPLEMENTARIOS ARL SURA / GRUPO EXITO	
DIAGNOSTICO	
DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
DIAGNOSTICO 6	
DIAGNOSTICO 7	
DIAGNOSTICO 8	
CONCEPTO DE APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
SOSPECHA ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
TIPO DE RESTRICCION O LIMITACIONES	NO
RECOMENDACIONES	
EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25 KG.	NO
ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	NO
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL ANUAL OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION OPTICA
VALORACION EPS	NO
OTRAS:	NO PRESENTA
SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
titulo	
CONDICION VISUAL	NO
CONDICION AUDITIVA	NO
RIESGO BIOMECANICO	NO
DETERIORO POR TRAUMA ACUMULATIVO (D.T.A)	NO
CARDIOVASCULAR	NO
RIESGO QUIMICO	NO
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES	NO
OTROS	NO PRESENTA
BIOLOGICOS	NO
PSICOSOCIAL	NO
RESTRICCIONES	
TIPO	
DURACION RESTRICCION	
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Cendiatra

HISTORIA CLINICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Fecha Atención : 2023-01-19 **Fecha impresión : 2023-01-20**

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas para la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Katherine Restrepo
Médico general
Especialidad Salud Ocupacional
RM 6543 L.O. 0458

KATHERINE VANESSA RESTREPO NIEBLES
RM: 55222281
Firma y sello del médico evaluador

CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
Documento: CC 1098678542
Firma del trabajador

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 91241889
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 91241889	JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	395	22/01/2024	CC 1098678542	CORZO PEÑALOZA CARLOS	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

3CC6B88D28F7ED90341F7D481F44486C Certificado impreso el día 1/17/2024 12:05:50 PM por el portal de empresas Edesk

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4342012486 , con fecha de apertura 25 de Enero de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.098.678.542

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Enero de 2024 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008395248

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000097586 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA** COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	01	2024	17	01	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1098.678.542**

DIRECCIÓN: CL 65 25 9 BR VICTORIA CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 6076432365

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	22/01/2024	20/03/2025	4,465,545.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5752304. CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA, REGIONAL SANTANDER.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,465,545.00	$ **********25,876	$****11,000.00	$ ********7,006	$ **********43,882

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS	9619	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES.
Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000400839524

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD820700C06F97C5B

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678542 realizó el día 29/01/2024 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 ANDRES CORZO PEÑALOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678542 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES CORZO PEÑALOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678542 el día 29/01/2024 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