

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Regional	11
	CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.		Código Centro	920910
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024
			Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	29421-159790
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO		C.C. 79.792.694	IP/Nº de contacto 13211	
Correo electrónico contratista: gguioc@sena.edu.co				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? SI
		Es Pensionado? NO		
Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA		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 239156516	
		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: 5833287/2024		Nº Compromiso SIIF 7624		
Valor Total del Contrato \$ 30.100.000		N º Pago 1	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato \$ 30.100.000		Del 05/02/2024 Al 29/02/2024		Valor Bruto Pago \$ 4.300.000,00
Nuevo Saldo del Contrato \$ 25.800.000		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃNOMA		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.300.000		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.300.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.285.880		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Febrero	Enero	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.720.000	\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 215.000	\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 275.200	\$ 0	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	
ARL V		\$ -	\$ 0	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		
\$ 1.075.000				
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		\$ 430.000		
Salud hasta \$ 753.040		\$ 498.960		
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 720.210		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		
			Base retención en la fuente a título de RENTA 2.285.880,00	
			Base retención en la fuente a título de ICA 3.809.800,00	
			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 36.803,00	0,966%
			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	\$4.263.197,00
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir Formación Profesional en el Programa de Operación de Maquinaria Pesada				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplic 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.				
GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.				
LUIS ORLANDO CORTES VEGA 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				
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79792694	GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO		CARRERA 8 A No. 153-51 Apto 202 torre 7	3133016252	zaloguio@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	29/01/2024	74214885	\$403.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	26.000	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79792694	GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO		CARRERA 8 A No. 153-51 Aptd 202 torre 7	3133016252	zaloguio@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	29/01/2024	74214885	\$403.300

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Contratación	Salario	Excedido	Calificación	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Excedido	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79792694	GUIO CAMARGO GONZALO GIOVANNY	59	0	N												25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79792694, se encuentra afiliado(a) al programa PC ESPECIAL CON POS según información relacionada a continuación:

Nombre	Identificación	Parentesco	Vigencia Contratada
ROSAURA CAMARGO DE GUIO	CC - 23263440	PA	Desde: 20150801, Vigente a la fecha
GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO	CC - 79792694	TR	Desde: 20160401, Vigente a la fecha
JERONIMO GUIO ARANGO	TI - 1023244802	HI	Desde: 20160401, Vigente a la fecha

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 14 días del mes de febrero de 2024.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79792694**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2014** 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 14 de febrero de 2024.



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.



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 se evidenció que, **GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO** identificado con **CC No. 79792694**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de afiliación: 26/01/2018 Fecha de inicio de cobertura: 04/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/08/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5 Cargo : INSTRUCTOR

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): 202401012417227.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Nit: 860.011.153-6 · Línea gratuita nacional: 01-8000-111-170 Teléfono: (601) 330-7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón - defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol @PositivaCol PositivaSeguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79792694 realizó el día 16/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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



Hace constar:

Que el Sr(a) GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79792694 el día 14/02/2024 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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.165

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
02 DÍA	02 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			EXAMEN MEDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
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)				
GUÑO CAMARGO GONZALO GIOVANNY			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS 4 MESES 16 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	79792694
Carga				
INSTRUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA SU LABOR PARA EL CARGO ASIGNADO.				
N/A NO SE EVALUARÁN 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:				
EXAMEN MÉDICO LABORAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS)	
ENFASIS CARDIOVASCULAR		✓	CUADRO HEMÁTICO	
GLICEMIA BASAL		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : MEDIDAS PARA FAVORECER CIRCULACIÓN EN MIEMBROS INFERIORES		USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA SEGÚN SU MATRIZ DE RIESGO, ACTIVIDAD Y LABOR		HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ÓPTICA PARA VISION LEJANA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL ANUAL POR EPS		CAPACITACIÓN : CAPACITACIONES PERIODICAS		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIÓN POR EPS.				DIETA BALANCEADA : ALIMENTACIÓN SANA Y DIETA BAJA DE CALORIAS HIPOGRASA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS SEGÚN ESCALA DE FRAMINGHAM FOMENTAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE AUTOCUIDADO PERSONAL EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR SEGUIMIENTO PREVENTIVO POR EL AREA ENCARGADA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ENTIDAD CONTRATANTE A PATOLOGIAS DE ORIGEN COMUN REPORTADAS. LAVADO DE MANOS FRECUENTEMENTE, USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO FISICO, DEMAS RECOMENDACIONES PREVENCIÓN COVID-19. PACIENTE QUE NO TIENE COMORBILIDADES PARA COVID-19. AL MOMENTO DEL EXAMEN NIEGA TENER SINTOMATOLOGIA PARA COVID-19.				
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				

Médico

12557-2021
Perez Dumlao Jennifer Anne
CMC2016-17484

Firma: _____

Nombre: PEREZ DUMLAO JENNIFER ANNE

R. M.: CMC2016-17484

L.S.O.: 12557-2021



Código de Seguridad

K1116Q1W4165**Aspirante o Trabajador**

Firma: _____

Nombre: GUÍO CAMARGO GONZALO GIOVANNY

CC: 79792694

INFORME PSICOLÓGICO

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres:	Gonzalo Giovanni Guio Camargo
Edad:	45 años
Sexo:	Masculino
Fecha de Nacimiento:	17 de Septiembre de 1977
Lugar de vivienda:	Bogotá D.C.
Grado de Instrucción:	Universitario
Fecha de Evaluación:	20 de enero de 2023
Evaluador:	Karina Torres Narváez

MOTIVO DE CONSULTA

Se realiza proceso de selección en aspirante al cargo de **INSTRUCTOR** de la empresa **SENA**.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS

Observación

Entrevista Psicológica

Test de Wartegg

COMPOSICIÓN FAMILIAR

El aspirante al cargo es separado, quien se dedica a ejercer la Ingeniería Mecánica, cuenta con buenas herramientas de resolución de conflictos, identifica a su familia como su red de apoyo y de estabilidad emocional.

OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El aspirante al cargo de tez blanca, cabello negro, ojos color café, estatura mediana, contextura delgada, se encontraba ubicada en tiempo, persona y espacio, buen contacto visual, responde de manera fluida y coherente cada pregunta que se le realiza, tiene una presentación personal adecuada para la entrevista.

OFICINAS A NIVEL NACIONAL
SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ D.C.

Calle 59 No. 35 A-43 B. Nicolás de Federmán Cels. 320 2301826 - 317 4511137
m.castiblanco@sysoips.com; a.burgos@sysoips.com

No se observó ninguna dificultad para comprender los interrogantes, se percibe un buen funcionamiento intelectual de juicio, interpretación, orientación, concentración durante la entrevista, daba respuestas coherentes y pausadas sin dificultad para articular ideas, se resalta buena fluidez verbal.

Durante la entrevista se encontraba ubicado en tiempo, persona y espacio

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis del test Wartegg

Gonzalo Guio, es una persona organizada, observadora, se adapta fácilmente a los cambios, ya que realizó los dibujos de forma consecutiva.

1. **AUTOCONCEPTO:** con relación a su autoconcepto este hay una marcada tendencia intelectual y natural, no rasgos ansiosos o depresivos.
2. **AFECTIVIDAD:** Afectivamente es un hombre con buenas relaciones interpersonales, socializa de manera adecuada, ofrece confianza, se evidencia como una persona confiable. En ocasiones siente que las demás personas abusan de su buena fe, se ha sentido traicionado o engañado.
3. **AMBICIONES:** Con relación a las metas deja ver que es un poco soñador, no hay ambiciones personales, parece ser que da por finalizado su proyecto de vida, hay alto interés laboral.
4. **CONTENIDOS INCONSIENTES:** Es una persona que estratégica y calculadora, piensa antes de actuar, es una persona bastante estratégica, le gusta pensar en las consecuencias de los actos, actúa con previo análisis de la situación.
5. **MANEJO ENERGIA VITAL:** hay indicios de dinamismo, se deja ver como un hombre bastante líder, tiene buena canalización de la energía.
6. **TIPO DE RACIOCINIO:** indica gran seguridad de sus capacidades, puede estar a su personalidad sociable, amable y cariñosa.
7. **ACTITUD INTERPERSONAL EN EL AREA LABORAL:** madurez sexual, tendencias sexuales bastante marcadas.

OFICINAS A NIVEL NACIONAL
SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ D.C.

Calle 59 No. 35 A-43 B. Nicolás de Federmán Cels. 320 2301826 - 317 4511137
m.castiblanco@sysoips.com; a.burgos@sysoips.com

8. **CAPACIDAD PARA COMPROMETERSE CON LAS NORMAS:** tiene bajo nivel de crítica y no le cuesta adaptarse a las normas, acata órdenes.

DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

No se observó ninguna dificultad para comprender los interrogantes, se percibe un buen funcionamiento intelectual de juicio, interpretación, orientación, concentración durante la entrevista, daba respuestas coherentes y pausadas sin dificultad para articular ideas, se resalta buena fluidez verbal. Se mostró colaborador, tranquilo. Alegre, con una razonable comprensión de lo hablado, trabajador, respetuoso, a nivel laboral se evidencia con deseos de trabajar, dispuesto a contribuir positivamente en el desarrollo de sus funciones, no reconoce ningún defecto en él. Finalmente se observa que el sujeto cuenta con la capacidad intelectual indicada para comprender y dar cumplimiento a las funciones del cargo, seguir órdenes e instrucciones y desempeñarse correctamente en el área laboral.

PRONÓSTICO

El postulante se encuentra **APTO** para desempeñar el cargo de **INSTRUCTOR** muestra buenas capacidades para cumplir con las funciones requeridas en el cargo en mención, considerando que cuenta con la capacidad y experiencia para emprender la ejecución de las tareas que le sean asignadas.

FIRMA DEL EVALUADOR



KARINA TORRES
NARVAEZ PSICÓLOGA
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL Y
RIESGOS LABORALES.
22/02/2019

OFICINAS A NIVEL NACIONAL
SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ D.C.

Calle 59 No. 35 A-43 B. Nicolás de Federmán Cels. 320 2301826 - 317 4511137
m.castiblanco@sysoips.com; a.burgos@sysoips.com

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 134

No INGRESO: 9837044
Paciente: GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO
Edad: 46 Años
Medico: JURADO JOSE
Fecha y Hora de ingreso: 2024-01-12 10:11
Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2024011206827
Historia: CC-79792694
Género: Masculino
Teléfono: 3125857-0
Fecha de impresión: 2024-01-17 08:59
Cama:

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
<u>UROANALISIS</u>		
UROANALISIS		
COLOR .	AMARILLO	
ASPECTO.	TRANSPAREN	Transparente a Ligeramente turbio
DENSIDAD URINARIA.	1026	1005-1030
pH.	5.0	4.8-7.4
LEUCOCITOS/ESTEARASA.	NEGATIVO /uL	
NITRITOS.	NEGATIVO	
PROTEINAS.	NEGATIVO mg/dL	
GLUCOSA.	NORMAL mg/dL	
CETONAS.	NEGATIVO mg/dL	Negativo.
UROBILINOGENO.	NORMAL mg/dL	
BILIRRUBINA.	NEGATIVO mg/dL	
HEMOGLOBINURIA.	NEGATIVO /uL	
BACTERIAS.	+	
CELULAS EPITELIALES.	1 /uL	0-5
LEUCOCITOS.	2 /uL	0-9
HEMATIES.	1 /uL	0-6
OTROS.	-	
MOCO : POSITIVO		
METODO:MICROSCOPIA AUTOMATIZADA		

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

GUIO CAMARGO GONZALO GIOVANNY Orden: 2024011206827

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CL 134 No. 7B - 83 LC 2 Bogotá D.C.
Exámenes Procesados por Compensar

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 134

No INGRESO: 9834572
Paciente: GONZALO GIOVANNY GUIO CAMARGO
Edad: 46 Años
Medico: JURADO JOSE
Fecha y Hora de ingreso: 2024-01-12 08:10
Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2024011204012
Historia: CC-79792694
Género: Masculino
Teléfono: 3125857-0
Fecha de impresión: 2024-01-17 08:59
Cama:

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
BIOQUIMICA		
COLESTEROL TOTAL		
Resultado:	223.7 mg/dL	* 100-200 Sin riesgo: Menor de 200.0 mg/dl Riesgo moderado: 200.0 -239.0 mg/dl Riesgo alto: Mayor de 240 mg/dl
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		
Resultado:	69.3 mg/dL	Sin riesgo: Mayor de 55 mg/dl. Riesgo moderado: 35 - 55 mg/dl. Alto Riesgo: Menor de 35 mg/dl.
Intervalo Biológico de Referencia según consenso ATPIII.		
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL SEMIAUTOMATIZADO		
Resultado:	140.4 mg/dL	* 0-100 Sin riesgo: Menor de 100.0 mg/dl. Riesgo moderado: 100.0 - 129.0 mg/dl. Limite Alto: 130.0 - 159.0 mg/dl Alto: 160.0 - 189.0 mg/dl. Muy Alto: Mayor de 190.0 mg/dl
TRIGLICERIDOS		
Resultado:	69.9 mg/dL	4-200
METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.		
Profesional Responsable: Bact GLEYDIS MARIA GOMEZ GUTIERREZ. Tp: 1071348375		
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		
Resultado:	5.59 %	4.80 - 5.90%: Paciente no diabético. Referido por inserto. Asociación Americana de Diabetes: Menor de 5.70%: Paciente no diabético. 5.70 - 6.40%: Riesgo a desarrollar diabetes. Mayor o igual 6.50%: Diagnóstico diabetes mellitus.
METODO:Inmunoensayo turbidimetrico.		
PROMEDIO ESTIMADO DE GLICEMIA ULTIMOS 90 A 120 DIAS		

GUIO CAMARGO GONZALO GIOVANNY Orden: 2024011204012

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CL 134 No. 7B - 83 LC 2 Bogotá D.C.
Exámenes Procesados por Compensar

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 134

Examen	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------------------------------

BIOQUIMICA

Resultado: 113.7 mg/dL

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

ENDOCRINOLOGIA

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

Resultado: 6.500 uUI/ml * 0.27-4.2

Técnica ultrasensible: Interprete el resultado con lectura de tres (3) decimales después del punto.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Profesional Responsable: Bact LEIDY XIOMARA RAYO ORTIZ. Tp: 1014220970

HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA**HEMOGRAMA IV**

RECuento DE ERITROCITOS	5.69 x10 ⁶ /uL	4.6-6.2
HEMOGLOBINA	17.40 g/dl	13.5-18
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
HEMATOCRITO	51.3 %	40-54
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
MCV	90.2 fl	86-96
MCH	30.6 pg	25-31
MCHC	33.9 g/dl	32-38
RDW	12.70 %	11-15
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC Valor absoluto	0.000 x10 ³ /uL	0-0.012
CELULAS NUCLEADAS DE LA SERIE ROJA NRBC%	0.00 /100 WBC	0-0.02
RECuento DE LEUCOCITOS	5.49 x10 ³ /uL	5-10
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
NEUTROFILOS Abs	2.97 x10 ³ /uL	1.82-7.42
LINFOCITOS Abs	1.66 x10 ³ /uL	1.5-4
MONOCITOS Abs	0.66 x10 ³ /uL	0.03-0.77
EOSINOFILOS Abs	0.16 x10 ³ /uL	0.03-0.44
BASOFILOS Abs	0.03 x10 ³ /uL	0.01-0.05
NEUTROFILOS %	54.20 %	40.3-74.8
LINFOCITOS %	30.20 %	12.2-47.1
MONOCITOS %	12.00 %	4.4-12.3
EOSINOFILOS %	2.90 %	0.01-4.4
BASOFILOS %	0.50 %	0.01-0.7
RECuento DE GRANULOCITOS INMADUROS IG Valor absoluto	0.01 x10 ³ /uL	0-0.3
RECuento DE GRANULOCITOS INMADUROS IG %	0.20 %	0-0.4

GUIO CAMARGO GONZALO GIOVANNY Orden: 2024011204012

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

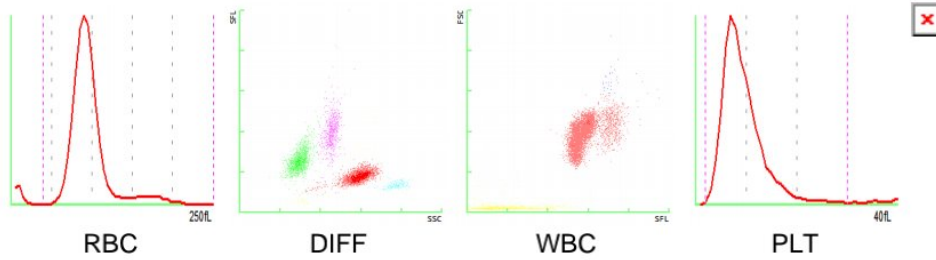
CL 134 No. 7B - 83 LC 2 Bogotá D.C.
Exámenes Procesados por Compensar

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CALLE 134

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA		
RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	271 x10^3/uL	150-450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
MPV	9.4 fl	6.4-13

METODO: LASER SEMICONDUCTOR
RECuento DIFERENCIAL MANUAL
GRAFICAS HEMATOLOGIA



METODO: LASER SEMICONDUCTOR

Profesional Responsable: CLAUDIA MARCELA TOCA AV. Tp: ~SYSValDaemon~

GUIO CAMARGO GONZALO GIOVANNY Orden: 2024011204012

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

CL 134 No. 7B - 83 LC 2 Bogotá D.C.
Exámenes Procesados por Compensar

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1023244802	Jeronimo Guio Arango	HIJO
------	------------	----------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Gonzalo Guio Camargo

C.C. 79.792.694 de Bogotá

GRF-F-063 V.02

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.023.244.802

APELLIDOS
GUIO ARANGO

NOMBRES
JERONIMO



Jerónimo Guío

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
07-FEB-2012

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-FEB-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

11-FEB-2019 TOCANCIPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1529200-01083922-M-1023244802-20190715

0066404070A 1

51718479