SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**34848-198486**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JONATHAN ALEJANDRO MUNOZ ROJAS	**C.C.**	1.061.774.049	**IP/Nº de contacto**	37364736
Correo electrónico contratista:	jamunozr@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84819598095

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: 5860614/2024 **Nº Compromiso SIIF** 34124

Valor Total del Contrato	$ 43.018.084	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.018.084	**1**	**Del**	**12/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.828.179,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.828.179		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	**$ 2.828.179**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.938.584**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 823.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 103.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 131.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 8.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 707.044	$ -	
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	$ 646.195	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.938.584,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.828.179,00	
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 - 8523	8.485,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	14.141,00	0,500%
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	**$2.805.553,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta informe mensual de actividades
Se adjunta documentos solicitados para el primer pago

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.

JONATHAN ALEJANDRO MUNOZ ROJAS
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,

GERMAN SUAREZ GARCIA
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

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 **JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1061774049** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1061774049
NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS
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	01/05/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	135
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/02/2024**

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.774.049**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14975305769

(415)7707212489984(8020) 000001497530576 9

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

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 6 1 7 7 4 0 4 9	2 0 1 2 1 0 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUNOZ	ROJAS	JONATHAN	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CR 7 # 7 - 49 CA

42. Correo electrónico: jonathanmz802@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 2 3	2 0 2 4 0 1 0 2	7 0 2 0	2 0 2 4 0 1 0 2			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024 - 01 - 25 / 09 : 34: 13

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 MUNOZ ROJAS JONATHAN ALEJANDRO

985. Cargo Contribuyente

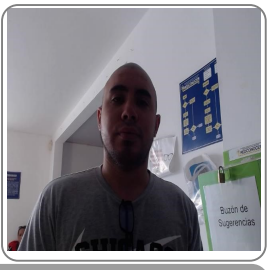
CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE APTITUD FISICA,
REDCONOCER

REDCONOCER LTDA
Nit. 900678090 - 8
Dirección: CRR 18 # 4 - 37
Tel: 2391669

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/01/2024 08:06:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 1061774049**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OSTEOMUSCULAR LABORAL NORMAL	2 MEDICO CARDIOVASCULAR NORMAL	3 HEMOGRAMA NORMAL
4 GLUCOSA NORMAL	5 OPTOMETRIA NORMAL	6 PARCIAL DE ORINA NORMAL
7 PRUEBA PSICOLOGICA NORMAL	8 PERFIL LIPIDICO NORMAL	9

CONCEPTO

NO presenta restricciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Luisa Fernanda Aguilar Montes
C.c 1113661755
Médico Ocupacional
R.M 1113661755 LSO 1319

LUISA FERNANDA AGUILAR MONTES
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 1113661755 RM: 1113661755

Trabajador: JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ
CC: 1061774049
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica



NOMBRE: JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS
IDENTIFICACIÓN: 1061774049
EDAD: 29 AÑOS

PARCIAL DE ORINA

ASPECTO:	CLARO
COLOR:	AMARILLO
DENSIDAD:	1.015
PH:	6.5

ESTUDIO DE SEDIMENTO:	
CELULAS EPITELIALES:	1−3 X CAMPO
CELULAS BAJAS	1−3 X CAMPO
BACTERIAS:	ESCASAS
LEUCOCITOS:	ESCASOS

Validado por:

ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO

BACTERIOLOGA

Fecha de validación: 27/01/2024

REDCONOCER

NIT: 900678090-8

RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

FECHA: 2024-01-27

1061774049

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

PACIENTE:	JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS	**DOCUMENTO:**	1061774049	**EDAD:**	29 Años
		TELÉFONO:	3176774924		
DIRECCIÓN:	CL 1 D 23A 22Guadalajara de Buga	**CATEGORIA DE LICENCIA:**	N/A	**GENERO:**	M
ESCOLARIDAD:	Secundaria_completa				



BLOQUE	Resultados	NumeroPreguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	3	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones:

EL CANDIDATO NO PRESENTA ALTERACIONES EN SU COMPORTAMIENTO, NI EN SU PERSONALIDAD.



Responsable: LYNDA MARIA OTALORA BEJARANO

Firma para identificación de usuario
JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS

Escanee el código si desea verificar datos

Carrera 18 #4-37 Guadalajara de Buga - Colombia PBX: 239 1669
www.redconocer.com redconocerltda@gmail.com

REDCONOCER

REDCONOCER LTDA

Nit. 900678090 - 8
Dirección: CRR 18 # 4 - 37
Tel: 2391669

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 27/01/2024 09:00:00

Doc. Identidad **CC 1061774049** Nombre **JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ** Fecha Nacimiento. **19/10/1994**
Entidad **PARTICULAR** Edad **29** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [X] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [X] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [X] No [ ]
Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?
Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]
Antecedentes personales y/o familiares Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.	**20/20**	**0.50**		**20/200**	**0.50**
O.I.	**20/20**	**0.50**		**20/100**	**0.50**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo **O.D.** **O.I.**

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ] Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ] Ptosis palpebral [ ] Otros:

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ] Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ] Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **NORMAL** VP **NORMAL** HISHBERG
Ducciones **SIN ALTERACIONES** Versiones **SIN ALTERACIONES** PPC

Oftalmoscopia **O.D.** **O.I.**

F.O.A.N. [X] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ] Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

F.O.A.N. [X] Papila normal [X] Brillo foveal normal [X] Catarata [ ] Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **15/15**	O.D: **ALTERADA**	O.D: **NORMAL**
O.I: **15/15**	O.I: **ALTERADA**	O.I: **NORMAL**

Refracción **Refracción final** **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	**-3.00**	**-1.00**	**90º**	**+**	**O.D:**		**-**		**+**		
O.I:	**-2.50**	**-1.00**		**+**	**O.I:**		**-**		**+**		

Interpretación **O.D** **O.I**

	O.D	O.I		O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]	Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]	Gafas no formuladas	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]			

Diagnóstico

H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO
H533 OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR

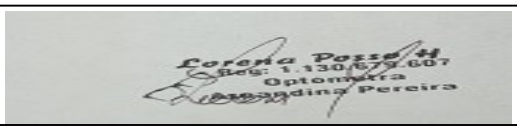
Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [X] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [X]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** USUARIO DE RX OPTICA EN VISION LEJANA, ADECUDAMENTE CORREGIDO, CONTROL VISUAL ANUAL, SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DEL USO DE EPI.



SANDRA LORENA POSSO HERNANDEZ
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1130679607 RM: 11130679607

EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ
REDCONOCER

REDCONOCER LTDA

Nit: 900678090

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 27/01/2024 10:42:41

Dircc: CRR 18 # 4 - 37 Tel : 2391669

Fecha 27/01/2024 09:52:00

Doc: **1061774049** Nombre : **JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ** Edad : **29 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia
GLUCOSA		
Glucosa	80	70 110

ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO
Especialidad: LABORATORIO
CC: 31201496 RM: 31201496

PERFIL LIPIDICO		
COLESTEROL	150	< 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	100	44-150 mg/dl
HDL	38	> 55
LDL	92	< 100
VLDL	20	< 30

ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO
Especialidad: LABORATORIO
CC: 31201496 RM: 31201496

HEMOGRAMA	
LINFO	38.1
HB / HTO	15.3/46.5
NEUTROFILOS	57.8
RECUENTO LEUCOS	5.000
RECUENTO DE PLAQUETAS	153

ALBA NELLY LIBREROS JARAMILLO
Especialidad: LABORATORIO
CC: 31201496 RM: 31201496

Hace constar:

Que el Sr(a) JONATHAN ALEJANDRO MUNOZ ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061774049 realizó el día 14/02/2024 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 JONATHAN ALEJANDRO MUNOZ ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061774049 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.

jonathanmuñoz
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) JONATHAN ALEJANDRO MUNOZ ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061774049 el día 15/02/2024 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1115076765
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 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	663	13/02/2024	CC 1061774049	MUÑOZ ROJAS JONATHAN	2	1.044	**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.

621E18852C1C5695951D1191C04C1EB2 Certificado impreso el día 2/12/2024 8:35:29 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JONATHAN ALEJANDRO
MUÑOZ ROJAS
1061774049

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Jueves, 15 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS identificado(a) con CC 1061774049, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84819598095	2021/03/12	CXC PENDIENTES

***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.

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 07 DE FEBRERO DE 2024	3844203-1		15552675
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215552675

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1061774049	JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 7 7 49		GUADALAJARA DE BUGA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1061774049	JONATHAN ALEJANDRO MUÑOZ ROJAS

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07-FEB-2024	31-MAR-2025	4.301.808,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
07-FEB-2024	31-MAR-2025	418	07-FEB-2024	31-MAR-2025	$28.571	$5.428	$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.301.808	$17.207	$4.301.808,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

Jonathan Muñoz
FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5860614.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA