SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**950810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**79033-782470**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR
Correo electrónico contratista: damunoze@sena.edu.co
C.C. 4.512.380 **IP/Nº de contacto** 3008653643

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** 60284029499

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: 5785658/2024 **Nº Compromiso SIIF** 6024

Valor Total del Contrato	$ 48.525.589	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 48.525.589	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.664,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 47.185.925		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, SEGÚN PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS EN CADA UNO DE LOS P

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.664		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	**$ 1.339.664**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 721.773**		**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	----------	**74793778**
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 $ 334.916	$ -	
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	$ 240.591	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	721.773,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	969.164,00	
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	9.362,00	0,966%
-	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	**$1.330.302,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de la formación presencial titulada a las fichas:
TC EN EXPRESIÓN PARA LAS ARTES ESCÉNICAS.
COMP: Interactuar en lengua inglesa de forma escrita y oral dentro de contextos sociales y laborales según los criterios del MCERL.
Fase Ejecución, Ficha 2821615. Fase Análisis, Fichas 2873590, 2873582.
TG EN PRODUCCIÓN DANCÍSTICA.
COMP: Interactuar en lengua inglesa de forma escrita y oral dentro de contextos sociales y laborales según los criterios del MCERL.
Fase Ejecución II, Ficha 2672653 Fase Planeación II, Fichas 2763523, 2763502. Fase Planeación I, Fichas 2873806 / 809
Apoyo inducción Periodo I-2024

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.

DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR
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,

CAMILO ANDRES PE?A CUTA
INSTRUCTOR G09

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

KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4512380	DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR	Calle 43 # 7-76 ap403	3008653643	dante0083@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	15/02/2024	74793778	$345.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	145.000	0		0		0	27	3.600	0	148.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	27	4.600	0	190.200	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	27	200	6.300			61	6.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	145.000	148.600
Pensión	1	185.600	190.200
Riesgos Laborales	1	6.100	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	345.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4512380	DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR		Calle 43 # 7-76 ap403	3008653643	dante0083@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	15/02/2024	74793778	$345.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	4512380	MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO	59	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, Enero 22 de 2024

Señor:
MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO
CC. 4512380
CL 43 NO 7 76 AP 403 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 10 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
AGUDELO VELASQUEZ KAREN JULIETH	1033684441	C	Ago-10-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO	4512380	C	Ago-10-2018	52	44	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
BERLITZ COLOMBIA SA	4512380	Dependiente	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Trabajador Independiente	CERRADO
DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	4512380	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A

Elaboró: Paula Vanessa Moyano Cardenas - Auxiliar de Cartera

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **4.512.380** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de enero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20240111113942

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14806549042

(415)7707212489984(8020) 000001480654904 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 5 1 2 3 8 0	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 5 1 2 3 8 0	2 0 0 1 0 9 2 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	ESCOBAR	DIEGO	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 43 7 76

42. Correo electrónico: alemunoze@hotmail.com

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

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 2 0 2 2 1						2 4 4 5	

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 2022 - 01 - 17 / 16 : 18: 18

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 MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR** identificado con **CC** No. **4512380**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 18/07/2014 **Fecha de inicio de cobertura:** 22/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA

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): 202401012399703.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4512380 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 DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4512380 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4512380 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

Certificado Bancario

Jueves, 11 de enero de 2024

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR identificado(a) con CC 4512380, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60284029499	2012/06/04	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 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:

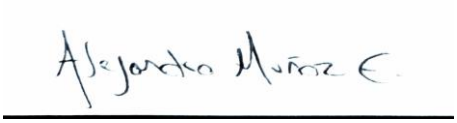
T.I.	**1031651188**	**Tomás Muñoz Ramos**	**HIJO**

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: Diego Alejandro Muñoz Escobar
C.C. 4512380 de Pereira

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1031651188

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40442906

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 47 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AXF

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ-	RAMOS-

Nombre(s)

TOMAS-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes DIC Día 05	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA-

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-	A 7680997

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RAMOS VENEGAS MARIANA-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1032407548	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO-

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 4512380	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO-

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 4512380	Alejandro Muñoz E.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2006 Mes DIC Día 09	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
- Alejandro Muñoz E.	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO LIBRO DE PARTES TOMO II FOLIO 150

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 1567 del 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 11 001 37 12 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B246258

Sede de atención: BOGOTA :: Ciudad de atención: BOGOTÁ :: Fecha de atención: 2024-02-15 08:07 :: Fecha de impresión: 2024-02-15 (1033704174LIDER)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULARES BOGOTA		

Datos del Usuario

NOMBRE:	DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR	IDENTIFICACION:	CC 4.512.380
DIRECCIÓN:	CL 43 # 7 76 APTO 403	EDAD:	40 AÑOS
CARGO:	INDEPENDIENTE	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	ZURDO	TELEFONOS:	3008653643
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- GLICEMIA PRE

CONSULTA DE VISIOMETRIA

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
- ÉNFASIS PSICOLÓGICO

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS
Conducta Médico para Énfasis Psicológico	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
Si	4 DOSIS	NO RECUERDA BIOLOGICO

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☑ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☑ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☑ USO CORRECCIÓN OPTICA CONTINUA PARA LABORES.
- ☑ MANTENER PESO SALUDABLE.
- ☑ REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☑ ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GENERO.

Recomendaciones Laborales

☑ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales	NO APLICA

Restricciones Laborales

☑ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales	NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.

Dr. ALEJANDRO VILLARES UTRA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Minuto de Dios
Res. 11647 18/08/2021

ORESTE ALEJANDRO VILLARES UTRA
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 636434 //LIC SST 11647 DE 2021

DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR
C.C. 4.512.380
PACIENTE

Email: pqrs@sgi.com.co :: Sitio web: www.ipscdo.com.co - www.alturasyanclajes.com

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - CONSULTA DE VISIOMETRIA C813516

FECHA DE IMPRESIÓN: 2024-02-15 (1033704174LIDER) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2024-02-15 09:10 **TIEMPO EN CONSULTA:** 0h : 9min

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 4512380	TELEFONOS:	3008653643
NOMBRE:	DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR	EXAMEN:	CONSULTA DE VISIOMETRIA
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-16	SINIESTRO:	
EDAD:	40 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	A+	No. AUTORIZACIÓN:	IPS BOGOTA
DOMINANCIA:	ZURDO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE
ESTRATO:	4	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	CL 43 # 7 76 APTO 403	EMAIL:	dante0083@gmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	BOGOTA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	BOGOTA	PERSONA RESPONSABLE:	KAREN AGUDELO
CARGO:	INDEPENDIENTE	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3196268718
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	SALUD TOTAL SA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	POSITIVA		

Exámen Visiometría

Información laboral

¿Usa corrección óptica?	No
Desde cuando usa lentes (gafas)	2
Antecedentes de cirugías, traumas y otros oculares	NINGUNO
Utiliza Elementos de Protección Visual	NINGUNO

Antecedentes Visuales

Enrojecimiento en algún ojo	No
Poca iluminación en el puesto de trabajo	No
Ardor en alguno de sus ojos	No
Presenta cansancio visual (leer, TV, PC)	No
Lagrimeo	No
Visión borrosa	No
Dolor de cabeza continuo	No
Dolor de cabeza continuo	No

Agudeza visual Sin Corrección	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Vision lejana	20/50	20/25	20/25
Vision próxima	0.75 M	0.75 M	0.75 M

Agudeza visual Con Corrección (Si la usa)	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Visión Binocular
Vision lejana	20/20	20/20	20/20
Vision próxima	0.50 M	0.50 M	0.50 M

Examen visual	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Observaciones
Adaptación Reflejo Luminoso	Normal	Normal	NINGUNA
Visión Perimétrica	Normal	Normal	NINGUNA
Visión o Percepción del Color	Normal	Normal	NINGUNA
Visión o Percepción de Profundidad	Normal	Normal	NINGUNA

Valoración Cromática

¿Adecuada percepción de colores primarios?	Sin Alteración de la visión cromática.
¿Adecuada percepción de relieve o profundidad?	NORMAL
Observaciones Especificas *	VISION CON LA CORRECCION NORMAL VISION DEL COLOR NORMAL VISION DE PROFUNDIDAD NORMAL

Impresión Diagnóstica

Datos de Procedimiento

Tipo diagnostico	Confirmado nuevo
Finalidad	Examen Medico Laboral
Realizado por	Profesional en OPTOMETRIA

Impresión Diagnóstica

☑	H520 :: HIPERMETROPIA
☑	H522 :: ASTIGMATISMO

Análisis y Conclusiones

VISION CON LA CORRECCION NORMAL
VISION DEL COLOR NORMAL
VISION DE PROFUNDIDAD NORMAL

IPS Centro de Diagnostico Ocupacional NIT 900477538-7 Lic. S.O. 1297/2012

CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
OPTOMETRA
TARJETA PROFESIONAL -

pqrs@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676
www.ipscdo.com.co

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA - TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO C813515

FECHA DE IMPRESIÓN: 2024-02-15 (1033704174LIDER) **FECHA DE ATENCIÓN:** 2024-02-15 08:05 **FECHA DE VALIDACIÓN:** 2024-02-15 10:15:55

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA

Datos del Usuario:

IDENTIFICACION:	CC 4512380	TELEFONOS:	3008653643
NOMBRE:	DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR	EXAMEN:	TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-16	SINIESTRO:	
EDAD:	40 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	NO APLICA
RH:	A+	No. AUTORIZACIÓN:	IPS BOGOTA
DOMINANCIA:	ZURDO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE
ESTRATO:	4	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL
DIRECCIÓN:	CL 43 # 7 76 APTO 403	EMAIL:	dante0083@gmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	BOGOTA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	BOGOTA	PERSONA RESPONSABLE:	KAREN AGUDELO
CARGO:	INDEPENDIENTE	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3196268718
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	SALUD TOTAL SA EPS		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	CONTRIBUTIVO		
ARL:	POSITIVA		

GLICEMIA PRE

Variable	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
GLICEMIA PRE	97	mg/dl	60.00	110.00	Bajo: <60 Elevado: >110



JOSE DE JESUS SANTANA DUNCAN

BACTERIOLOGO

TARJETA PROFESIONAL 00845

pqrs@sgi.com.co - Tels: 313 653 1676
www.ipscdo.com.co