SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANOFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **18227-176141** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ | **C.C.** | 71.741.782 | **IP/Nº de contacto** | 43316 |
| **Correo electrónico contratista:** | gesuarez28@misena.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:** 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** 10152842287

**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:** | 5844193/2024 | | **Nº Compromiso SIIF** | **11724** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 46.590.520 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 46.590.520 | **1** | **Del 02/02/2024 Al 29/02/2024** | | **$ 4.316.694,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 42.273.826 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: 5_9204_158 CONTRATACION DE INSTRUCTORES SERVICIOS PERSONALES PLANEAR Y ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS AREAS EN QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDAD DEL CTMA.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.316.694 | | 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** | **$ 4.316.694** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.836.796** | | **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** | ---------- | **67954368** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.726.678 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 215.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 276.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 42.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.079.173 | $ - | |
| 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 | $ 945.599 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.836.796,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.824.494,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 17.267,00 | 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** | **$4.299.427,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación a las fichas asignadas por el supervisor de contrato.
Gestión para la consecución de cursos complementarios para el centro.
Actividades de desarrollo curricular

**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.



**GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ**
**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,

**INDULFO ANDRES CASTRILLON TABORDA**
**INSTRUCTOR**

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

**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ MORALES**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-01-03, 10:10:04 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | enero de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2024 |
| **Empresa** | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 71741782 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 67954368 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 375748962 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 377.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 162.500 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 6.800 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 377.300 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 377.300 |



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

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

# 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 **GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71741782** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 71741782 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ |
| 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 | 01/03/2014 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 489 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 52 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **25/01/2024**

**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:

**GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.741.782**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.*

# Certificado
# Bancario

Jueves, 25 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ identificado(a) con CC 71741782, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 10152842287 | 1997/09/17 | 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.

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, **GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ** identificado con **CC** No. **71741782**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de afiliación:** 25/01/2018<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3<br>**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): 202401012528608.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 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

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

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN, 01 DE FEBRERO DE 2024 | 3839231–8 | | 15543221 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| JANETH ANGEL ALVAREZ | 89984 | 4035 | 01215543221 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 71741782 | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CALLE 36N 2A–64 | | MEDELLIN | 2222222 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 71741782 | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ |

**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 | 01–FEB–2024 | 13–ABR–2025 | 4.659.052,00 | 50.000,00 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 01–FEB–2024 | 13–ABR–2025 | 437 | 01–FEB–2024 | 13–ABR–2025 | $50.000 | $9.500 | $59.500 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $4.659.052 | $18.636 | $4.659.052,00 |

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

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 4035 | CUM001 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

71741782. Gerson Suarez

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 89984 | JANETH ANGEL ALVAREZ | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | NATURAL | 100,00 | 50.000 |

| 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.5844193.
OBJETO:
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANIFICAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS ÁREAS EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIRLA NECESIDAD, BAJO LA PROGRAMACIÓN QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN REALIZA EN LOS DIFERENTES NIVELES. Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES YLA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA DE LA MANUFACTURA AVANZADA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407–9

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3839231–8 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15543221 expedida el día 01 de Febrero de 2024 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

| | | |
|---|---|---|
| Prima | $ | $50,000 |
| Impuestos | $ | $9,500 |
| Total | $ | $59,500 |

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 01 días del mes de Febrero de 2024.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3839231–8 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 15543221 expedida el día 01 de Febrero de 2024 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 01 días del mes de Febrero de 2024.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983450031

(415)7707212489984(8020) 000001498345003 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 1 7 4 1 7 8 2 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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 | 71741782 | 1 9 9 2 0 3 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SUAREZ | ALVAREZ | GERSON | EDUARDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal: C R 88 31 B 40

42. Correo electrónico: gesa68@hotmail.com

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

## 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 |
| 0 0 1 0 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | 8 5 6 0 | 2 0 1 8 0 1 0 1 | | | | | |

## 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 | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| 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 2024 - 02 - 20 / 16 : 38: 54

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 SUAREZ ALVAREZ GERSON EDUARDO

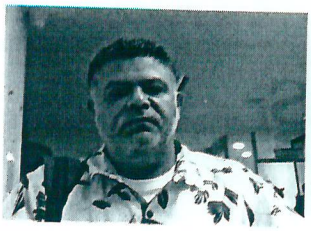
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

## IDENTIFICACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden:** | 305433 | **Documento:** | 71741782 |
| **Nombre:** | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ | **Sexo:** | Masculino |
| **Fecha nacimiento:** | 1973-12-28 | **Edad (años):** | 49 |
| **Fecha Diligenciamiento examen:** | 2023-02-03 07:02 am | **Fecha impresión:** | 2023-02-03 08:44 am |
| **Empresa:** | CONTRATISTA SENA | **Empresa en misión:** | |
| **Celular:** | 3117931530 | **Teléfono** | NO TIENE |

## INFORME PSICOLÓGICO

**Fecha:** 2023-02-03 **Asignado:**

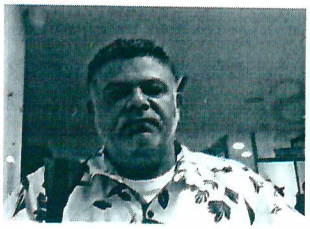
**Motivo de la evaluación:** Solicitud por parte del empleador.
**Aspectos relevantes:** Se realiza test y entrevista.

**Conducta Observada:** No se evidencian alteraciones sensoperceptivas, de juicio, pensamiento, memoria o estado de ánimo. Se muestra orientado en persona, espacio y tiempo.
**Conclusiones:** En esta evaluación no se encuentran elementos de origen psicológico que puedan ser un factor de riesgo para desempeñar el cargo de Instructor.
**Observaciones y recomendaciones:** No refiere patologías asociadas a Salud Mental.

Dr(a) Sara Ruiz Leon
Registro: 216554
Psicologa
Cédula de Ciudadanía : 1037646462

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

## LABORATORIO CLINICO LABOR Y SALUD

Calle 44 # 51-21 Piso 3 - Centro Comercial San Juan -Carabobo
Medellín – Antioquia

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº Orden:** | 203016 | **Edad:** | 49 años |
| **Paciente:** | Gerson Eduardo Suarez Alvarez | **Entidad:** | Contratista Sena |
| **Documento Id:** | 71741782 | **Teléfono:** | 3117931530 |
| **Fecha:** | Febrero 2 de 2023 | **Médico:** | No reportado |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **Glicemia** | 87 | mg/dl | 70 100 |

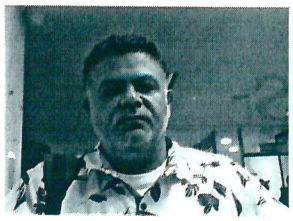
Técnica: Colorimética semiautomatizada.
Valores de referencia ajustados:
Según ADA 2018, guía adoptada por el Ministerio de Protección Social 70 - 110 mg/dl.
Según OMS 70 - 110 mg/dl.

Liliana Y. Zapata Giraldo
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
U de A. Registro N. 5-2542-00

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

## IDENTIFICACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Orden:** | 305433 | **Documento:** | 71741782 |
| **Nombre:** | GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ | **Sexo:** | Masculino |
| **Fecha nacimiento:** | 1973-12-28 | **Edad (años):** | 49 |
| **Fecha Diligenciamiento examen:** | 2023-02-03 07:02 am | **Fecha impresión:** | 2023-02-03 08:45 am |

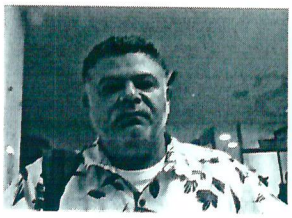
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo examen:** | Ingreso | | |
| **Empresa:** | CONTRATISTA SENA | **Empresa en misión:** | |
| **Estado civil:** | Casado | **Hijos:** | 1 |
| **Departamento:** | ANTIOQUIA | **Ciudad:** | Medellín |
| **Dirección:** | CRA 78 #32-33, BELEN | **Barrio:** | BELEN |
| **Celular:** | 3117931530 | **Teléfono:** | NO TIENE |
| **Escolaridad:** | Postgrado | **Profesión:** | ESPECIALIZACION EN LOGISTICA |
| **Oficio:** | INSTRUCTOR | **Actividad Económica:** | SERVICIOS |
| **Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):** | Cotizante | **Empresa Promotora de Salud (EPS):** | SURA EPS |
| **Administradora de Riesgos Laborales (ARL):** | POSITIVA | **Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):** | PORVENIR S.A. |
| **Nombre del acompañante:** | NO APLICA | **Teléfono acompañante:** | NO APLICA |
| **Nombre del responsable:** | NO APLICA | **Teléfono responsable:** | NO APLICA |
| **Parentesco responsable:** | NO APLICA | | |

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

## CONCEPTO DE APTITUD

**Concepto de aptitud** No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

### Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO, SE REALIZÓ EXAMEN MEDICO CON ÉNFASIS ESQUELETICO, OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, PISCOSOCIAL,
NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19, ADECUADA HIDRATACIÓN, UTILIZAR LENTES CORRECTIVOS PARA REALIZAR TAREAS DE VISIÓN CERCANA, REALIZAR EVALUACIONES OPTOMETRICAS ANUALES,
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19 : aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19 -guardar distancia prudencial de por lo menos dos o más metros con otra persona, lavado frecuente de manos con agua y jabón y/o uso de alcohol glicerinado por lo menos cada 3 horas y después de haber estado en contacto con superficies contaminadas. Uso de tapa boca al estar en lugares con aglomeración de personas. Uso del tapabocas en el transporte público.
*Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).*

### Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Visual** | No | **Auditivo** | No |
| **Respiratorio:** | No | **Ergonómico:** | No |
| **Químico:** | No | **Cardiovascular:** | No |
| **Psicosocial:** | No | **Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:** | No |

## RECOMENDACIONES

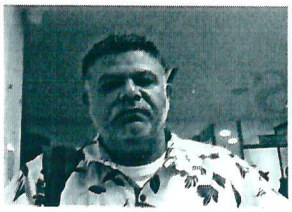
**Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica**
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

**Programa de Protección de Uso de la Voz**
- ENTRENAMIENTO FONIÁTRICO ADECUADO.
- EVITE FUMAR Y TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS
- EVITE CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURAS
- EVITE TOMAR ALIMENTOS O BEBIDAS MUY FRÍOS O MUY CALIENTES
- NO GRITE, EVITE HABLAR EN AMBIENTES RUIDOSOS
- MANTENGA UNA BUENA HIDRATACIÓN CONSTANTE DURANTE SU JORNADA LABORAL

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

**Programa de Protección Osteomuscular**
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

**Programa de Protección Respiratorio**
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

**Otros**
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

## RESUMEN DE RESULTADOS

| | |
|---|---|
| Columna y Osteomuscular | Realizado |
| Examen Físico | Realizado |
| Órganos y Sentidos | Realizado |
| Informe Psicológico | Realizado |
| Laboratorio : Glicemia | Realizado |
| Visiometría | Realizado |

Henry Diaz Aguilar
Dr(a) Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 107989
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985

GERSON EDUARDO SUAREZ ALVAREZ
Cédula de Ciudadanía : 71741782

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.