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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**30776-585462**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAIVER ENRIQUE DELCASTILLO MUÑOZ	**C.C.**	1.061.709.977	**IP/Nº de contacto**	22180
Correo electrónico contratista:	jecastillom@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: BANCO COLPATRIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 7942003647

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: 5833315/2024 **Nº Compromiso SIIF** 12024

Valor Total del Contrato	$ 34.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.400.000	**1**	**Del**	**02/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.100.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000		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	**$ 4.300.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.528.100**		**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	----------	**74798475**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.720.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 275.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.075.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 430.000	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 842.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.528.100,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.809.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	36.803,00	0,966%
-	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	**$4.263.197,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar los servicios profesionales de manera autónoma e independiente, para formar en competencias técnicas.
Garantizar el cumplimiento del proceso educativo de los aprendices del Centro de Tecnologías para la Construcción y la Madera.

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.

JAIVER ENRIQUE DELCASTILLO MUÑOZ
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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	1061709977	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ	Carrera 32 # 654	1234560	jaiverdelcastilloinstructor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	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	
2024-01	2024-01	I	15/02/2024	74798475	$403.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

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
CC	1061709977	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ		Carrera 32 # 654	1234560	jaiverdelcastilloinstructor@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	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	
2024-01	2024-01	I	15/02/2024	74798475	$403.300	

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	Estornudo	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	1061709977	DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF56	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ	**NIT:**	1061709977
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2024
Número de Radicación:	74798475	**Total a pagar:**	$403,300
Fecha de vencimiento:	19/02/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/02/2024	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA	**Número Autorización:**	457339225
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$6,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
CCF56	890303093	Comfenalco Valle Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$26,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$162,500
						$403,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	1061709977	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ	Carrera 32 # 654	1234560	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	VALLE DEL CAUCA	CALI

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
1	2024	1	2024	I	15 02 2024	74798475	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1061709977	DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE	59	0			No	001	76																30	30	30	30	EPS005	$1,300,000	12.50%	$162,500	230301	$1,300,000	16.00%	$208,000	$0
																																$162,500				$208,000	$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF
1	CC 1061709977	DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE	$0	14-23	$1,300,000	0.52%	1	$6,800	CCF56	$1,300,000	2.00%	$26,000
			$0					$6,800				$26,000

PAGADO

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

Scotiabank

COLPATRIA



Pago Por Pse

-$403.300,00

Fecha de transacción

jueves, 15 de febrero de 2024

Fecha de aplicación

jueves, 15 de febrero de 2024

Detalles

Pago por PSE
MiPlanilla.com Pago Proteccion
CUS: 000457339225

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1061709977
NOMBRES Y APELLIDOS	Del Castillo Muñoz,Jaiver Enrique
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/04/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Del Castillo Muñoz,Jaiver Enrique, a los 23 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.061.709.977**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR con VINCULACION INICIAL** desde el 02 de abril de 2014.

La presente certificación se expide el 23 de enero de 2024.

Cordialmente,



Gerente 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.

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, **JAIVER ENRIQUE MUÑOZ CASTILLO** identificado con **CC** No. **1061709977**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 15/07/2020 **Fecha de inicio de cobertura:** 16/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/09/2024 **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): 202401012471785.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14975978492

(415)7707212489984(8020) 000001497597849 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1061709977	8	Impuestos de Cali 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 13	1061709977	2006 07 31

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cauca 19	Popayán 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DEL CASTILLO	MUÑOZ	JAIVER	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Cali 001

41. Dirección principal: CL 3 38 D 07

42. Correo electrónico: jaiverdelcastilloinstructor@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5731456240 38	3145624038

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8551	2020 07 13	9002	2014 03 11	9007	8299			

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	49																									

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 - 01 - 27 / 17 : 03: 44

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 DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

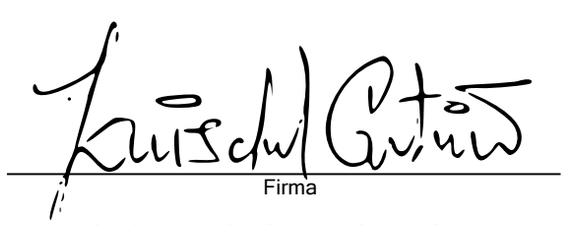
Que el Sr(a) JAIVER ENRIQUE DELCASTILLO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061709977 realizó el día 16/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JAIVER ENRIQUE DELCASTILLO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061709977 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) JAIVER ENRIQUE DELCASTILLO MUÑOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061709977 el día 16/02/2024 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

IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES S.A.S.
Institución Prestadora de Salud

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
Gestion Asistencial
Lic. S. O 4145.0.21.0741 /agosto de 2012
Nit 900521335-2

Calle 5c # 39 - 38 Tequendama
Tel: 387 24 38 - 305 333 46 73

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Certificado de aptitud laboral de: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

Fecha de atencin: 18/01/2023
Nombre del trabajador: DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE
Cedula: 1061709977 Edad: 34
Empresa: INDEPENDIENTE
Cargo: DOCENTE
rea / Seccin OPERATIVA

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CON ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN PARA SU TRABAJO

RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, AL MENOS 120 MINUTOS A LA SEMANA, MANEJO DEL ESTRÉS, AUTOCUIDADO, HIGIENE DEL SUEÑO, DIETA BALANCEADA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA, REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO, IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS. ACTUALMENTE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, GOZA DE BUEN ESTADO DE SALUD, SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA. NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES QUE LE IMPIDAN DEPARTIR EN COMUNIDAD. A LA FECHA NO REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA O FÍSICA QUE LE IMPIDA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO.

RESTRICCIONES

NINGUNA

CONDUCTAS

OPTOMETRIA	CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA EN EPS
MEDICA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ANUAL
AUDIOMETRIA	CONTROL AUDITIVO ANUAL EN SU EPS

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, PSICOSOCIAL, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO, HEMOGRAMA.

APTITUDES POR EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	APTITUD	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRIA	AUDITIVAMENTE CON ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN PARA SU TRABAJO	GLICERINA CARBONATADA
OPTOMETRIA	SIN RESTRICCIONES CON LENTES DE CORRECCION EN USO	LENTES DE CORRECCION VISUAL DE USO PERMANENTE

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

AUDITIVO (si) *** VISUAL (si) *** RESPIRATORIO (no) *** OSTEOMUSCULAR (si) *** DERMATOLOGICO (no) *** CARDIOVASCULAR (no) *** Otro: PSICOSOCIAL

Julio Valencia
Dr. Julio Cesar Valencia S.
Esp. Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Resol No 029-2019

Firma y registro medico ocupacional

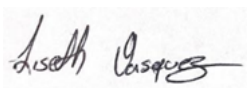
Firma y cedula del trabajador

LABORATORIO CLINICO DEL PACIFICO

Nombre/Apellido	JAIVER DEL CASTILLO MUÑOZ	**Fecha de ingreso:**	2023-01-18 09:41
Numero de Identificación:	1061709977	**N° Orden:**	230118002
Edad/Sexo:	34 Año(s)/M	**Entidad:**	PARTICULAR
Dirección			

HEMATOLOGIA

Parametro	Resultado	Referencia
HEMOGRAMA IV		
Fecha Validación:063809652279.406000000		
WBC	6.10	5.0 - 10.0 10^3/uL
Metodo: Impedancia ElecticA		
#NEUTROFILOS	1.77*	1.9 - 8.0 10^3/uL
#LINFOCITOS	3.30	0.9 - 5.2 10^3/uL
#MONOCITOS	6.66*	0.16 - 1 10^3/uL
#EOSINOFILOS	0.35	0.0 - 0.8 10^3/uL
#BASOFILOS	0.02	0.0 - 0.2 10^3/uL
%NEUTROFILOS	29.0*	29.2 - 77 %
%LINFOCITOS	54.1	22.3 - 58.9 %
%MONOCITOS	10.8*	0 - 9.4 %
%EOSINOFILOS	5.8*	0 - 3 %
%BASOFILOS	0.3	0.0 - 0.4 %
RBC	4.77	4.00 - 5.60 10^6/ uL
HEMOGLOBINA	13.7	12.0 - 18.0 g/dL
HEMATOCRITO	40.7*	41 - 53 %
MCV	85.4	78.0 - 97.0 fL
MCH	28.7	26.50 - 32.00 pg
MCHC	33.7	31.5 - 35.0 g/dL
RDWcv	14.0	10.0 - 16.0 %
PLAQUETAS	268	150 - 450 10^3/uL
MPV	7.9	6.5 - 11.0 fL
PDWsd	15.6	12.9 - 22.9 fL



LISETH VASQUEZ
T.P. 07851

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante"

Paciente : JAIVER DEL CASTILLO MUÑOZ
Identificación : 1061709977
Teléfono :
Edad : **34** **Años**
Médico :
Entidad : **IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES**
Fecha Creación : miércoles, 18 de enero de 2023
Registro N° : **238**

PERFIL LIPIDICO 1

DESCRIPCION DEL EXAMEN	RESULTADO	VLR NORMAL
COLESTEROL	**190**	HASTA 200 mg/dl OPTIMO 200 - 239 mg/dl MODERADO > 240 mg/dl ELEVADO
HDL	**39**	
LDL	**132**	
VLDL	**19**	
TRIGLICERIDOS	**96**	HASTA 150 mg/dl BAJO 150 -199 mg/dl DUDOSO 200-499 mg/dl ALTO > 500 mg/dl MUY ALTO
INDICE ARTERIAL	**4,8**	
GLICEMIA	**83**	VN NIÑOS - ADULTOS 70 - 105 mg/dl

Observaciones :

Responsable DIANA DEL PILAR RUALES
Tarjeta Profesional: 3719-97
Fecha Validacion: 18/ene/2023 10:35:11

********** La Interpretación de este y todo Examen CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO **********

IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES S.A.S.
Institución Prestadora de Salud

OPTOMETRIA

GESTION ASISTENCIAL

Codigo: F-005
Version: 001
Emision: JUN 2012
Pagina: 1 de 1

Ciudad: | **Fecha:** 18-01-2023. | ☐ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Jaiver del Castillo.

No. de Identificación: 1061709977. | **de** | **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: | **Edad:** | **Fecha ingreso:** dd/mm/aaaa | **Antigüedad:** dd/mm

Nombre del cargo actual o a desempeñar: | **Seccion:**

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso protección visual			
Patallas de visualización	☑	Alta exigencia visual	☑	Radiaciones(calor)	☐	Nunca	☐	Según exposición	☐
Iluminación inadecuada	☑	Gases, vapores, humos	☐	Líquidos Irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material Particulado	☐	Proyección de partículas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES

Personales				Síntomas visuales				Uso de lentes de correcion	
Trastorno Refra.	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminucion AV	☐		☐
Cataratas	☐	Cirugía Refracti.	☐	Fotofobia	☐	Visión borrosa	☐	Uso permanente	☒
Pterigio	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	Uso ocasional	☐
HTA	☐	Ninguno		Ardor	☐	Prurito	☐	No usa	☐

4. EVALUACIÓN VISUAL

	VL	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
Rx en uso	20/20			20/100	0.50
	20/20.			20/70.	0.50

Examen externo: Sano ambos ojos

Estado motor:	Presentes				
Reflejos pupilares:					

Oftalmoscopia:

OD FON

OI FON

Visión cromática	Visión estereoscopica	Campo visual	Observaciones
Normal	Normal		

Rx final		Agudeza visual cc
		Agudeza visual cc

5. DIAGNOSTICO

Emetrope	☐	Astigmatismo	☑	Disbalance muscular	☐	Alterasión visión de color	☐	Glaucoma	☐	Ambliopia	☐
Miopia	☐	Presbicia	☐	Alteración campo visual	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Catarata	☐	Ojo seco	☐
Hipermetropia	☐	Pterigion	☐	Aleracion visión de profundidad	☐	Alteración párpados	☐	Blefaritis	☐	Conjuntivitis	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de correción	☐	Se da Rx de lentes de correción por 1ª vez	☐	Cambio de Rx de lentes de correción	☐
Apto con lentes de correción en uso	☑	Lentes de corrección de uno ocasional	☐	Valoración oftalmología	☐
Apto con lentes de correción por primera vez	☐	Lentes de corrección de uso permanente	☑	Valoración ortóptica	☐

Dra. Mónica Bernal
Resolución No. 12547
Monica Optometra Bernal.

Firma Optometra y Registro

Firma y cédula del paciente

Calle 5C # 39 - 38 Tel: 387 24 38 - 305 333 4673
ips.soa@hotmail.com

IPS SALUD OCUPACIONAL ASESORES S.A.S.
Institución Prestadora de Salud

AUDIOMETRIA

GESTION ASISTENCIAL

Codigo: F-001
Version: 001
Emisión: may /12
Pagina: 1 de 1

Ciudad: Cali **Fecha:** 18-01-2023 ☐ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Jaiver Enrique del Castillo Muñoz.

No. de Identificacion: CC 1061.709.977. **de** Popayan **Sexo:** ☒ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: 14-07-1988 **Edad:** 34 años **Fecha ingreso:** **Antigüedad:**

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Instructor **Seccion:**

2. ANTECEDENTES LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Seguimiento audiologico	Tiempo de exposicion	Uso P.A
Sena	Instructor de Inglés	2 años 6 meses.	NO	No aplica	NO

E.P.A. ☐ Si ☒ No **Uso de E.P.A.** ☐ Nunca ☐ Irregular ☐ Regular **Tipo de E.P.A.** ☐ Anatomico ☐ Copa ☐ Tapon ☐ Desechable

3. ANTECEDENTES

A. Personales				Exposicion extralaboral		Sintomas	
T.C.E. severo ☐	Otitis ☐	Sarampion ☐	Fliar sordera ☐	Sapo / Tejo ☐	Poligonos ☐	Otalgia ☐	Tinitus ☐
H.T.A. ☐	Trauma ☐	Rubeola ☐	Ototoxicos ☐	Servicio Militar ☐	Walkman ☐	Prurito ☐	Vertigo ☐
Diabetes M. ☐	Cirugia oido ☐	Sifilis ☐	T.B.C. ☐	Discoteca ☐	Caza ☐	Otorrea ☐	Otros ☐
Paralisis Facial ☐	Meningitis ☐	Parotiditis ☐	Otros ☐	Moto ☒	Explosiones ☐	Otorragia ☐	

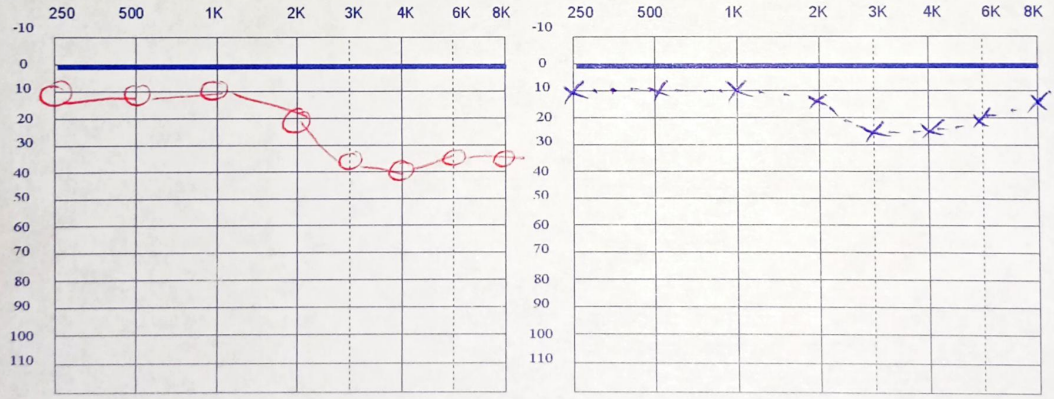
Otoscopia Oido derecho normal. Oído Izquierdo tapón de cerumen parcial.

4. RESULTADOS AUDIOMETRICOS FRECUENCIAS HZ

Reposo auditivo 12 h

Presbiacusia

VIA	OIDO DERECHO								OIDO IZQUIERDO							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AREA	10	10	10	20	35	40	35	35	10	10	10	15	25	25	20	15
OSEA																



Resultado	
OD Normal	☐
Patologica	☒
OI Normal	☒
Patologica	☐

5. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Glicerina carbonatada	☒	Cambiar E.P.A. por deterioro	☐	Remision ORL	☐
Lavado de oido	☐	Cambiar E.P.A. de mayor atenuacion	☐	Control anual	☒
Educacion uso E.P.A.	☐	Repetir audiometria con reposo	☐	Control semestral	☐
Usar E.P.A. en exposicion a ruido	☐	Realizar audiometria clinica	☐		

Otras observaciones Dx°. Oido izquierdo normal, Oído derecho audición normal para frecuencias conversacionales con hipoacusia leve de 3000 a 8000 Hertz.

Sandra Giraldo
Fonoaudiologa Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 0065-2019
Firma, Fonoaudiólogo y Registro

Firma y cédula del paciente
1061709977

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.058.937.17-

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54903002**

54903002

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [0] Consulado [2] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DEL CASTILLO	TORRES

Nombre(s)

JOAQUIN RAFAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes MARZO Día 31	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	No. 12200905 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES ILES KAREN JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 1.061.763.385 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 1.061.709.977 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C. C. No. 1.061.709.977 POPAYAN	

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 2014 Mes ABRIL Día 1	MARIA DEL ROSARIO CRETAN DE IBARRA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
31-MAR-2014

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

31-MAR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

27-ABR-2021 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1100100-01230474-M-1058937174-20210430 0074250163A 1 8501957853

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.058.937.174**

DEL CASTILLO TORRES

APELLIDOS

JOAQUIN RAFAEL

NOMBRES

Joaquin

FIRMA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 10 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.	**1058937174**	**JOAQUÍN RAFAEL DEL CASTILLO TORRES**	**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,



JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ
C.C. 1061709977