SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**69613-392370**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILLMAR AGUILAR BALDOSEA	**C.C.**	12.022.189	**IP/Nº de contacto**	44438
Correo electrónico contratista:	waguilar@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53600016420

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: 5930909/2024 **Nº Compromiso SIIF** 23124

Valor Total del Contrato	$ 50.646.995	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 50.646.995	**1**	**Del**	**26/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 668.607,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 49.978.388		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR DE LA TECNOACADEMIA ITINERANTE CHOCÓ PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE LOS APRENDICES DE ACUER

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 668.607		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	**$ 668.607**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 174.784**		**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	----------	**9463827253**
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 $ 167.151	$ -	
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	$ 66.861	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 59.666	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	174.784,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	298.107,00	
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 - 8551	596,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	10.029,00	1,500%
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	**$657.982,00**	

SON: SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión de presentación facilitadores y entrega de minuta de acuerdo de COOPERACIÒN INTERINSTITUCIONAL - SENA - "MIA" ROGERIO VELASQUE
Divulgación de la oferta educativa en el MEGACOLEGIO jornadas tarde grados 7, 8 y 9 en conjunto con los facilitadores de la línea de r
Socialización de diseños curriculares para la oferta del proyecto TECNOCAEMIA de SENNOVA –SENA de la regional chocó vigencia 2024.
Diseño y diagramación propuesta de porta guías de aprendizaje tecnoacademia vigencia 2024. Facilitador y aprendiz
Asistencia transferencia tecnológica equipos del aula móvil - temática Arduino – orientada por el facilitador - kevin Yurgaky

Desarrollo de la EVALUACIÓN Del curso de inducción de SST vigencia 2024 aplicativo SI CONTRATISTAS Y Desarrollo de la EVALUACIÓN Del c
Reajuste de pago a planilla de pago del mes de enero 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.

Wilmar Aguilar Baldosea

WILLMAR AGUILAR BALDOSEA
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,

Firmado digitalmente por Maria Angelica Vega Marcelin
Fecha: 2024.03.01 18:23:54 -05'00'

MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN
PROFESIONAL G02

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12022189		AGUILAR BALDOSEA WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 CL 34 N 5 36	QUIBDO-CHOCO	6716169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	63827253	9463827253	N	2024/02/21	2024/03/01	BANCO AV VILLAS	9	$349,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$188,000	$1,600	$0	$189,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$188,000	$1,600	$0	$189,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$100	$0	$12,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,200	$100	$0	$12,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$146,800	$1,200	$0	$148,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$146,800	$1,200	$0	$148,000
TOTAL				**1**	**$347,000**	**$2,900**	**$0**	**$349,900**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12022189		AGUILAR BALDOSEA WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 CL 34 N 5 36	QUIBDO-CHOCO	6716169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	63827253	9463827253	N	2024/02/21	2024/03/01	BANCO AV VILLAS	9	$349,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,175,000	$188,000			$1,175,000	$146,800			$0	$0			$1,175,000	$12,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,175,000	$188,000			$1,175,000	$146,800			$0	$0			$1,175,000	$12,200		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)						$1,175,000	$188,000			$1,175,000	$146,800			$0	$0			$1,175,000	$12,200		$0	$0
1	CC	12022189	AGUILAR WILLMAR	25-14	2	($125,000)	($20,000)	EPS005	2	($125,000)	($15,700)		0	$0	$0	14-23	2	($125,000)	($1,400)	0	$0	$0
2	CC	12022189	AGUILAR WILLMAR	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,175,000	$188,000			$1,175,000	$146,800			$0	$0			$1,175,000	$12,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12022189		AGUILAR BALDOSEA WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 CL 34 N 5 36	QUIBDO-CHOCO	6716169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	20240119105644530036	9461701606	I	2024/02/21	2024/01/19	BANCO AV VILLAS	0	$37,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$20,000	$0	$0	$20,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,400	$0	$0	$1,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,400	$0	$0	$1,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$15,700	$0	$0	$15,700
TOTAL				1	$37,100	$0	$0	$37,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12022189		AGUILAR BALDOSEA WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 5 CL 34 N 5 36	QUIBDO-CHOCO	6716169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	2024011910564453003 6	9461701606	I	2024/02/21	2024/01/19	BANCO AV VILLAS	0	$37,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$125,000	$20,000			$125,000	$15,700			$0	$0			$125,000	$1,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$125,000	$20,000			$125,000	$15,700			$0	$0			$125,000	$1,400		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$125,000	$20,000			$125,000	$15,700			$0	$0			$125,000	$1,400		$0	$0
1	CC	12022189 AGUILAR WILLMAR	25-14	2	$125,000	$20,000	EPS005	2	$125,000	$15,700		0	$0	$0	14-23	2	$125,000	$1,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$125,000	$20,000			$125,000	$15,700			$0	$0			$125,000	$1,400		$0	$0

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

VALIDACION SIGEP

4. Número de formulario 14714882588

(415)7707212489984(8020) 000001471488258 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 0 2 2 1 8 9	1	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 0 2 2 1 8 9	2 0 0 2 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUILAR	BALDOSEA	WILLMAR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CL 34 5 36

42. Correo electrónico: wilaba21@hotmail.com

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

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
7 2 1 0	2 0 1 1 0 6 2 8				2 2 1 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	4	9																								

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 2020 - 10 - 02 / 15 : 32: 47

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 AGUILAR BALDOSEA WILLMAR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 12022189
NOMBRES Y APELLIDOS	Aguilar Baldosea,Willmar
TIPO DE AFILIAD	Independiente
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	19/02/2024
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Aguilar Baldosea,Willmar , a los 06 días del mes de febrero 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLMAR AGUILAR BALDOSEA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12022189,** se encuentra afiliado/a desde **06/05/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 29 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.	**1078009590**	**ADRIANNY ISABELLA AGUILAR SANCHEZ**	**HIJA**

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,

Wilmar Aguilar Baldosea

WILMAR AGUILAR BALDOSEA
C.C. 12.022.189 de Quibdó

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1078009590

Indicativo Serial: 55838056

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 8 H

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGUILAR	SANCHEZ

Nombre(s)

ADRIANNY ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 02	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52981807-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ ARRIAGA SANDY SAMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35,891,910	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

AGUILAR BALDOSEA WILLMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12,022,189	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUILAR BALDOSEA WILLMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12,022,189	

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 2015 Mes NOV Día 18	JORGE IVÁN RÍOS VALENCIA Nombre y firma

- SEGUIDA COPIA PARA EL USUARIO -

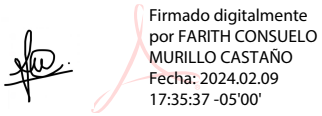
Scanned by CamScanner

CERTIFICACIÓN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

La Médica laboral SST del SENA Regional Chocó, certifica que el examen ocupacional presentado por el señor(a) **WILLMAR AGUILAR BALDOSEA**, identificada con cedula de ciudadanía Nº **12.022.189,** se encuentra vigente para el proceso de contratación.

La expedición de la presente certificación no exime de cumplimiento y aplicación de las normas que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo regulan la materia.

Dada en Quibdó, a los 09 días del mes de Febrero de 2024.



FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO