SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**23001-280412**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIANA YULIET BAUTISTA PINEDA
Correo electrónico contratista: dianabautistap@misena.edu.co
C.C. 41.963.818 **IP/Nº de contacto** 3103880494

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 06947658229

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: 5852540/2024 **Nº Compromiso SIIF** **29824**

Valor Total del Contrato	$ 42.869.232	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.869.232	**1**	**Del**	**16/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 38.403.687		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR LA FPI TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO RAD 63-9-2024-000790

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.960.284**		**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	----------	**29121562**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
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	$ 986.761	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.284,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,000%
-	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	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
ejecutar formacion profesional integral en modalidad virtual programa de bilinguismo ficha 2906559
ejecutar formacion profesional integral en modalidad virtual programa de bilinguismo ficha 2906560
ejecutar formacion profesional integral en modalidad virtual programa de bilinguismo ficha 2906561
ejecutar formacion profesional integral en modalidad virtual programa de bilinguismo ficha 2906562
```

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.

DIANA YULIET BAUTISTA PINEDA
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ADRIANA MARITZA VANEGAS CASTILLO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-41963818 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-01	230201	800229739	PROTECCION	1	20	208.000	3.800	211.800
Período salud:	2024-01	EPS010	800088702	EPS SURA	1	20	162.500	3.000	165.500
Planilla Nro.:	29121562 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	20	6.800	200	7.000
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	20	0	0	0
Fecha transacción:	2024-02-26	PASENA	899999034	SENA	0	20	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	20	0	0	0
Transacción:	476902670	PAESAP	899999054	ESAP	0	20	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	20	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 384.300

PAGADO

Diana Bautista Pineda <dianabautistap@misena.edu.co>

PSE Transacción Aprobada - CUS 476902670

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> Mon, Feb 26, 2024 at 6:00 PM
To: dianabautistap@misena.edu.co



¡Hola, Diana Bautista!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 476902670
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 384.300
Fecha de Transacción: 26/02/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BAUTISTA PINEDA DIANA YULIET** identificado(a) con **CC** número **41.963.818** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de noviembre de 2006 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 28 de febrero 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

2024022813454

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 **DIANA YULIET BAUTISTA PINEDA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **41963818** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41963818
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA YULIET BAUTISTA PINEDA
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	01/09/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	218
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **29/02/2024**

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14986275112

(415)7707212489984(8020) **0000014986275112**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 9 6 3 8 1 8	9	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: EL CAFE CASA QUIMBAYA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Quindío 6 3	Armenia 0 0 1	

165. Dirección: CL 16 NORTE 14 92

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 0 6 4 3 9	2 0 1 6 0 4 0 4	
168. Teléfono: 3 1 0 3 8 8 0 4 9 4	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14986275112

(415)7707212489984(8020) 000001498627511 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 9 6 3 8 1 8	9	Impuestos y Aduanas de Armenia 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	4 1 9 6 3 8 1 8	2 0 0 4 0 1 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BAUTISTA	PINEDA	DIANA	YULIET

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal
CL 16 NORTE 14 92

42. Correo electrónico dianabautistap@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 8 8 0 4 9 4	

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
6 9 1 0	2 0 2 1 0 1 0 1	8 5 5 1	2 0 2 4 0 2 1 6					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	2	2	4	9	5	0																				

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 - 28 / 09 : 16: 09

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 BAUTISTA PINEDA DIANA YULIET

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14986275112

(415)7707212489984(8020) **0000014986275112**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 9 6 3 8 1 8	9	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 4 0 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 2 0 6 4 3 8	
78. Departamento	6 3	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO DE APTITUD

DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO- MEDICO ESP SST- EDIFICIO TORREMOLINOS- CALLE 17 NORTE 14-20 - CEL 3128518160

De conformidad con la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007 proferida por el Ministerio de la Protección Social, mediante la cual se regula la práctica de evaluaciones de ingreso, egreso, alturas, periódicas y de controles médicas ocupacionales.

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE		
SENA PARTICULAR	ARMENIA	19/04/2021

Nombre del aspirante o trabajador	BAUTISTA PINEDA DIANA YULIET			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Documento de identificación		Edad	Cargo
	Número		
C.C.	41.963.818	35	INSTRUCTOR

Ingreso	X	Periordico		Egreso	

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo	X	Sin restriccion para altura		Sin patologia asociada a la labor	
Apto con restriccion para el cargo		Con restriccion para altura			

DESCRIPCIÓN RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)

VISIOMETRIA	NORMAL
PSICOLOGO	APTO
AUDIOMETRIA	HIPOACUSIA LEVE
ESPIROMETRIA	
LABORATORIO	REALIZADO
ENFASOS OM	
DIAGNOSTICO	NO

RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

EJERCICIO - DIETA SANA- PAUSAS ACTUVAS- BUENA POSTURA

RECOMENDACIONES INDIVIDUALES SEGÚN PROFESIOGRAMA

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES- DIETA ESTRICTA- BAJAR PESO- CUIDADOS AUDITIVOS

REMISION A EPS SI NO X REMISION A ARL SI NO X

SE ENTREGA CONCEPTO SI X NO

Médico	
Firma:	
Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	
Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R	

Scanned by TapScanner

VISIOMETRIA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

19	4	2021	ARMENIA	Ingreso X	Egreso	Periódico

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA	ARMENIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

			Documento de identificación
BAUTISTA	PINEDA	DIANA YULIET	41963818

Género: Femenino | Masculino X

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORESSI

(Marque con una (X) en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo mencionado, indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Vidrio	Uso de gafas / Cuales
SENA			

SINTOMAS VISUALES

Disminucion vision cercana	NORMAL
Disminucion vision lejana	NORMAL
Pterigio	NORMAL
Lagrimeo	NORMAL
Vision borrosa	NORMAL
Cansancio visual	NORMAL

ANTECEDENTES MEDICOS VISUALES

Astigmatismo	NIEGA
Miopia	NIEGA
Ambliopia	NIEGA
Otros	SI

Examen externo

OD NORMAL

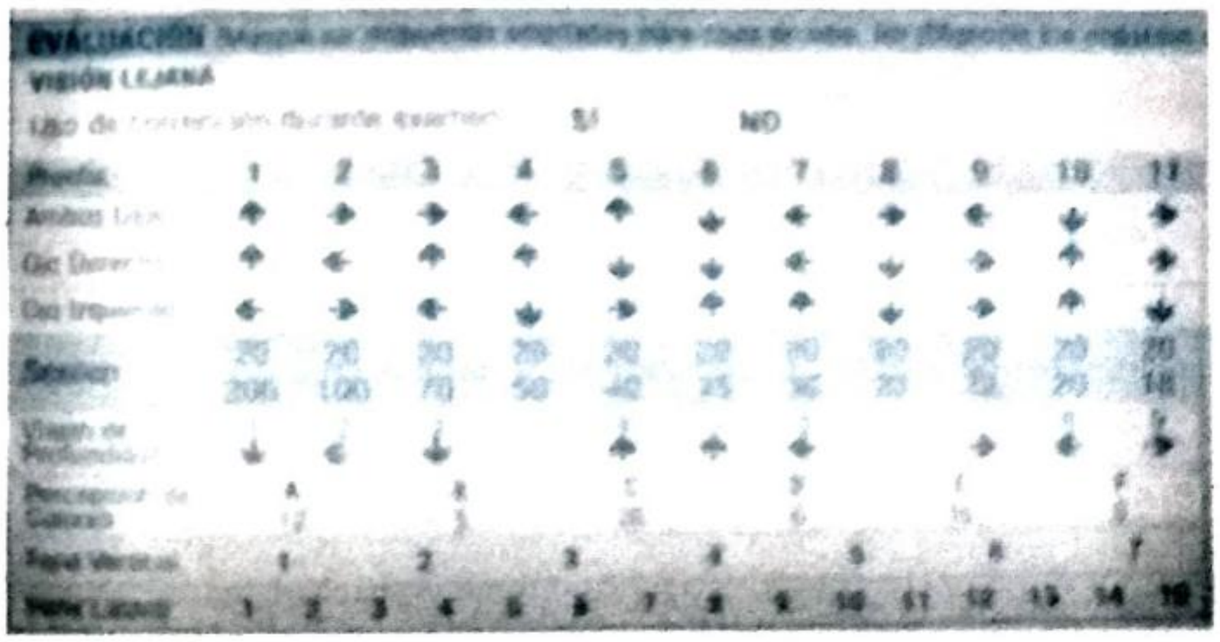
OI NORMAL

EXAMEN VISUAL

	V LEJANA	V CERCANA	CON LENTES
OJO DER	20/20	0,75	
OJO IZQ	20/20	0,75	
AMBOS	20/20	0,75	

Diagnosticos	OD	OI
Emetrope		
Miopia		
Astigmatismo		
Ambliopia		
Hipermetropia		
Presbicia		

PLAN: NORMAL



NOMBRE
FIRMA
REGISTRO:

FIRMA DEL TRABAJADOR

Scanned by TapScanner

Dra. Luz Andrea Romero Arango

Médico Especialista Salud Ocupacional

LM 7332 01 12R

AUDIOMETRÍA

Fecha y ciudad de Realización del Examen

21 | 04 | 2021 | ARMENIA (CIUDAD) | ✓ Ingreso | Egreso | Periódico

Datos de la Empresa donde labora, laborara o laboró el Trabajador aspirante

Razón Social: Sena | ARMENIA

Datos del Trabajador / Aspirante (Tipo documento de identificación C.C. Cedula de Ciudadania, C.E. Cedula Extranjera, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer Apellido	Segundo Apellido		Documento de Identidad: Tipo	Numero
Bautista	Pineda	Diana Y	CC	41963818

Estado: Masculino / Femenino ✓

Riesgos Ocupacionales en Empresa Actual y/o Anteriores

(marque con una X en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo Mencionado. Indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Ruido	Uso de elementos de protección. Cuales

EXPOSICIÓN A RUIDO

Tejo	—
Discoteca	—
Moto	—
Servicio Militar	—
Polígono	—
Walkman	—

ANTECEDENTES MÉDICOS AUDITIVOS

Otitis	—
Perforacion	—
Hipoacusia	+
Otros	—

Examen externo:

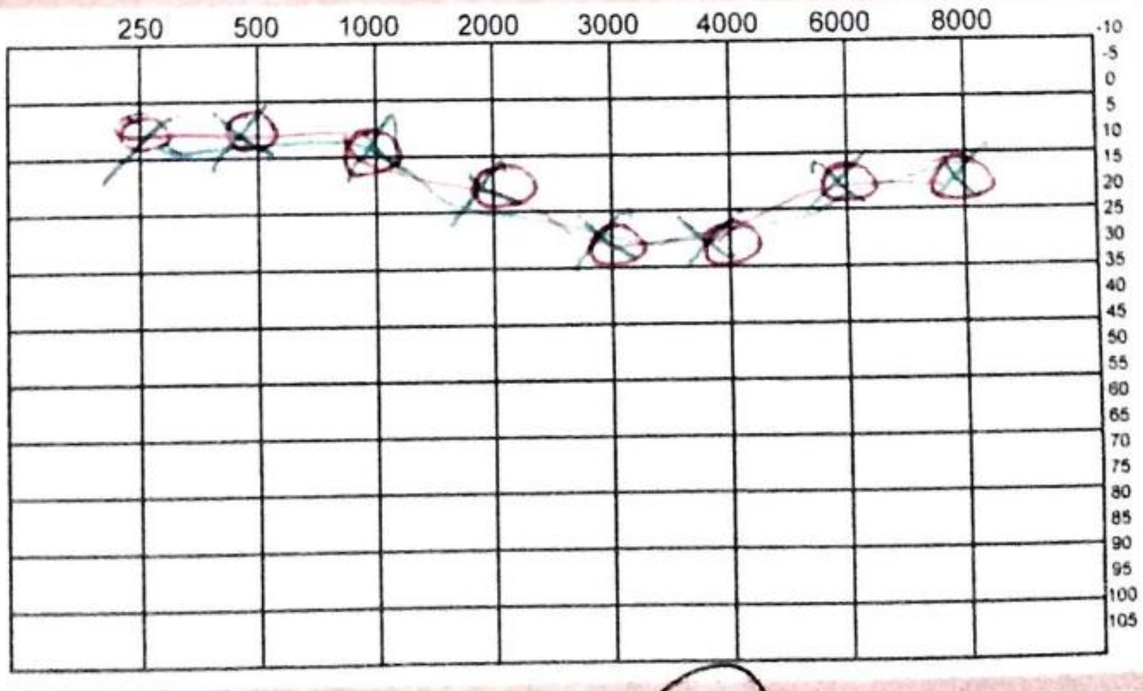
OD N

OI N

VIA	LAT	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AÉREA	OD	10	10	15	20	30	30	20	25
	OI	10	10	15	20	30	30	20	20
OSEA	OD								
	OI								

Diagnósticos	OD	OI
Normal	X	X
Hipoacusia GI		
Hipoacusia GII		
Hipoacusia GIII		
Hipoacusia Mixta		
Hipoacusia Conductiva		

HNS GI AO



Médico

Nombre: Dra. **Luz Andrea Romero Arango**

Firma:

Registro: 7332 01 2012R

Firma del Trabajador:

Scanned by TapScanner

LUZ ANDREA ROMERO ARANGO <laromero52@misena.edu.co> Mon, Jan 22, 6:29 PM

to me

Buenas tardes Respetada Diana:

Cordial saludo, recibo paquete de exámenes completos y vigentes, por lo anterior emito visto bueno por este medio.

Ingreso al programa de vigilancia visual, no olvidar que los debes renovar este año.

Gracias,

Luz Andrea Romero Arango
Médico Especialista Salud Ocupacional
Calle 17 Norte No. 14-20 Cons 201 Ed Torremolinos
Tel.: +57 (6) 7493519
Cel.: +57 (312) 851 -8160
laromero52@misena.edu.co

Armenia, 29 de Febrero de 2024

Señores
SENA
Regional Quindío.

Cordial Saludo**.**

De acuerdo con las modificaciones realizadas por la ley 2277 de diciembre 13 de 2022 y el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023, es preciso indicar que para efectos de aplicar retención en la fuente a título de renta manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

SI_____ No__X____

Utilizo costos asociados al ingreso objeto del cobro del contrato No CO1.PCCNT.5852540 suscrito con la entidad.

Agradezco tener presente esta certificación a fin de practicar las retenciones en la fuente a titulo de renta.

Cordialmente,



DIANA YULIET BAUTISTA PINEDA
CC 41.963.818 Armenia