SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL RISARALDA

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**1 de Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**56126-970140**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUSTAVO BEDOYA CORREA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	4.585.393	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	bedoyacorrea2@gmail.com	**Número de Cuenta:**	084670030364
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5812871/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**132724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL INSTRUCTOR PRESENCIAL Y/O TUTOR VIRTUAL EN PROGRAMAS FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN NIVEL Y MODALIDAD QUE SEA ASIGNADA,AREA CULTIVOS AGRICOLAS PROGRAMA CAMPESENA,CENTRO AGROPECUARO(CESION)

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**09/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.880.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 22.880.000
Valor Bruto Pago:	**$ 3.226.667,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.653.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.226.667	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.226.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.208.867**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.208.867,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**Afiliación**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.954.867,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 953.333	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 119.200	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 152.600	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	II	$ 10.000	$ 0	Reteica - 8299 - PEREIRA	5.910,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 736.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.220.757,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación sobre análisis físico de suelos (ficha 2998019) corregimiento de Villa Clareth, Pueblo Rico - Risaralda

Impartir formación sobre buenas prácticas agrícolas (ficha 2982221) corregimiento de Santa Cecilia, Pueblo Rico - Risaralda

Impartir formación sobre técnicas de muestreo de suelos (ficha 2991304) corregimiento de Villa Clareth, Pueblo Rico - Risaralda

Asistir a proceso de inducción con el coordinador departamental y el asistente administrativo

Realizar cursos virtuales de inducción (SST, Discapacitados)

Preparar clases y convocar a los aprendices

Socializar los cursos de capacitación con grupos de productores y población objetivo

Reunión y capacitación con el asistente administrativo para conocer el proceso de informe mensual de ejecución contractual

Municipio Pereira

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

GUSTAVO BEDOYA CORREA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

EDISON JESUS HOLGUIN OSPINA
INSTRUCTOR G20

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
LUZ ANDREA MONTOYA ALVAREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 27/06/2024 6:37:50 a. m.

Nombre: Gustavo Bedoya Correa **Identificacion:** 4585393
Fecha Nacimiento: 04/11/1985 **Sexo:** Femenino **Edad:** 38 **Estado Civil:** Soltero (a)
Direccion: Nr **Barrio:** Mirador Campestre **Ciudad:** SANTA ROSA DE CABAL
Telefono: 3143200497 **Proceso a Ejecutar:** INSTRUCTOR
Grupo Sanguineo: O+

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: PARTICULAR **Nit:** 222222222 **Telefono:** 9999999
Dirección: . . **Area / Empresa Misión:** PARTICULAR
Exámen Ocupacional: Ingreso

EXÁMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA - OPTOMETRIA - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - VALORACION FONOAUDIOLOGIA - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MEDICA EXAMEN : INGRESO

IMC: 26,93
Apto sin restricciones para el cargo: [X] **Apto Con Recomendaciones:** [ ] **Apto Con Restricciones:** [ ] **Aplazado:** [ ]

OBSERVACIONES

Apto para realizar las funciones propias del cargo sin limitaciones de horarios, tareas o actividades-
en la evaluacion se hace enfasis en sistemas osteomuscular, cardiovascular, y neurologico, sin evidencia de alteraciones que impidan su adecuado desempeño laboral
evaluacion visual no requiere correccion optica
evaluacion auditiva audicion normal bilateral
evaluacin de voz normal
evaluacion de laboratorios con glicemia y perfil lipidico en valores que requieren intervencion - se remite eps
se le indica mantener adecuada higiene postural en su trabajo y la vida personal.
se le indica mantener un manejo adecuado de cargas
se le indica realizar un uso adecuado de los elementos de proteccion personal incentivar habitos saludables en estilo de vida

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS: **Remisión a eps:** valoracion eps **Remisión ARL:** NO

RIESGOS OCUPACIONALES

PSICOLABORALES: Contenido de la tarea

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN

CHARLAS EDUCATIVAS

Higiene postural: [X] Inducción: [X] Alturas: [ ] Epp: [ ] Otras Epp: _____

USO DE EPP

Guantes: [ ] Monogafas: [ ] Casco: [ ] Tapa Oidos: [ ] Tapa Bocas: [ ] Otros: _____

Controles Periodicos: [X] Pausas Activas: [X] Reglamiento de higiene y seguridad insdustrial: [X]

SVE

Auditivo: [ ] Visual: [ ] Ergonómico: [X] Cardiovascular: [ ] Psicolaboral: [ ]

Otros SVE: _____

Dr(a). Mario Osorio Lopez
Licencia en salud ocupacional : LPSSO 1675-20

FIRMA DEL PACIENTE
No Identificación: 4585393

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.

BIENESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno
NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 335 3055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

BIEN ESTAR SALUD IPS
Para hacer del trabajo un acto digno

LABORATORIO CLÍNICO

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: Gustavo Bedoya Correa
Fecha de Nacimiento: 4 de noviembre de 1985
Dirección: Nr
Barrio: Mirador Campestre
Empresa: PARTICULAR
Proceso a Ejecutar: INSTRUCTOR

FECHA: jueves, 27 de junio de 2024
Identificación: C.C. 4585393 de SANTA ROSA DE C
Sexo: F **Edad:** 38 **Estado Civil:** Soltero (a)
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL
Teléfono: 3143200497
NIT: 222222222



EXÁMENES REALIZADOS	RESULTADO	VLR. REFERENCIA
GLICEMIA		
	99 mg/dl	70 a 105 mg/dl
PERFIL LIPIDICO		
	COLESTEROL TOTAL 255mg/dl	MENOR A 200 mg/dl
	TRIGLICERIDOS 336 mg/dl	MENOR A 150 mg/dl
	COLESTEROL HDL 39 mg/dl	MAYOR O IGUAL A 60 mg/dl
	COLESTEROL LDL 148.8 mg/dl	MENOR A 110 mg/dl
	COLESTEROL VLDL 67.2 mg/dl	MENOR A 30 mg/dl
	INDICE ARTERIAL 6.54	MENOR DE 5

RP: 30316045

Dr(a) Beatriz Elena Bermudez Osorio
Bacteriólogo(a)

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO
Identificación: C.C. 4585393 de SANTA ROSA DE CABA

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 000 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO VISUAL OPTOMETRÍA

Fecha: 27 / 06 / 2024 Empresa: PARTICULAR Tipo Examen: I

Nombre: Gustavo Bedoya Correa

Identificación: C.C. No: 4.585.393 de SANTA ROSA DE CABAL Edad: 38 Años

Cargo: INSTRUCTOR Sexo: M ___ F X

Antiguedad en el Cargo: _____ Antiguedad en la Empresa: _____ Jornada: _____

ANAMNESIS — Usa anteojos formulados — Uso permanente [ ] Lejos [ ]

Último Examen 27 / 06 / 2023 — SI [X] NO [ ] — Lentes contacto [ ] — Cerca [ ] — Visión prolongada [X]

Observaciones:

SÍNTOMAS

Cefalea [ ] Lagrimeo [ ] Ardor [ ] Dolor [ ] Secreción [ ] Hiperemia [ ] Visión borrosa VL [ ] Visión borrosa VC [ ]
Fotofobia [ ] Fatiga visual [ ] Visión doble [ ] Salto de renglón [ ] Otros [ ] Ninguno [X]

EXAMEN EXTERNO

Pterigio [ ] Pingüecula [ ] Ptosis [ ] Secreción [ ] Hiperemia [ ] Nistagmus [ ] Otros [ ]

Observaciones: ANEXOS OCULARES SANOS

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Visión Lejos:	OD: 20/: 20 — OI: 20/: 20	OD: 20/: 0 — OI: 20/: 0
Visión Cerca:	OD: 20/: 20 — OI: 20/: 20	OD: 20/: 0 — OI: 20/: 0

OFTALMOSCOPIA OD: N [X] A [ ] OI: N [X] A [ ] — Hallazgos:

Queratometro: OD: _____ OI: _____ — Lensometro: OD: _____ OI: _____

RX

OD: N — AV: 20/ 20 — ADD: 0 — AV: 20/ 20
OI: N — AV: 20/ 20 — ADD: 0 — AV: 20/ 20
DP: --- — Uso: Lejos [ ] Cerca [X] Permanente [ ]
Primera Vez: [X] Cambio RX: [ ] Igual RX: [ ] — Tipo Lente: Bifocal [ ] Sencillo [X]

Test Estereopsis	Normal:	[X]	Anormal:	[ ]
Visión Cromática	Normal:	[X]	Anormal:	[ ]
Campo Visual	OD Normal:	[X]	OI Normal:	[X]

Diagnóstico: Emétrope

Observaciones: PACIENTE NO REQUIERE UTILIZAR CORRECCION OPTICA, PARA LABORAR.
NTES DE PROTECCION CON FILTRO UV.

Dr(a). MELISSA CAROLINA YU ACEVEDO

T.P. No.

Trabajador

C.C.

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 000 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

CERTIFICADO AUDIOMETRIA



Fecha: 27 | 06 | 2024

Empresa: PARTICULAR Tipo Examen: Ingreso

Nombre: Gustavo Bedoya Correa

Identificación: C.C. No: 4.585.393 de SANTA ROSA DE CABAL Edad: 38 Años

Cargo: INSTRUCTOR Sexo: M F X

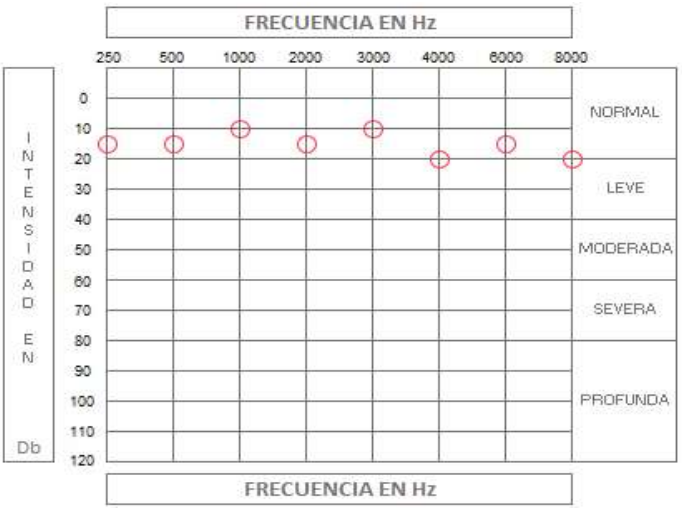
Observaciones: TINITUS OCASIONAL

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Tiro o caza		X	Rurido ambiental		X	Tejo		X	Uso de audifonos		X
Discotecas		X	Servicio militar		X	Uso de moto		X			

Observaciones: ULTIMO EXAMEN NORMAL

Equipo: Piccolo Calibración: Mayo 20 2024 Reposo Auditivo X No. Horas:

OTOSCOPIA: Oido Derecho: NORMAL Oido Izquierdo: NORMAL





Promedio O.D. 13,3333333333333 dbs Binaural 10,83333333333 Promedio O.I. 8,33333333333333 dbs

PRESBIACUSIA	**O.D.**	**O.I.**		
ELI	A	A	SAL	A
LARSEN			CAOHC-GATISO	

Observaciones: OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL

AUDICION NORMAL BILATERAL, PTA NORMAL

Recomendaciones:

CONTROL AUDITIVO ANUAL

CUIDADO AUDITIVO EXTRALABORAL

Dr(a). ALEXA MARYORY SARMIENTO MORENO

T.P. No. 65234

Alexa Sarmiento Moreno
Fonoaudióloga Especialista SST
Res. 4490/2016

Trabajador

C.C.

BIEN ESTAR SALUD IPS	INFORME EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)		CODIGO: PM-FA-FR-01
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	RESPONSABLE FONOAUDIOLOGIA	VERSION: 03
			VIGENCIA: 20 Noviembre 2023

NOMBRE: Gustavo Bedoya Correa **CC:** 4585393

FN: 4 Nov 1985 **EDAD:** 38 años.

EMPRESA: Particular **OCUPACIÓN:** Instructor

DIRECCION: Cra 14 # 98-10 Conj. Alirado Campestre Sta Rosa

TEL: 3143200497 **FECHA DE EVALUACIÓN:** 24 Junio 2024.

TIPO DE EVALUACION: INGRESO X **PERIODICO** _____ **RETIRO** _____

ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque SI o NO, según corresponda)

Ronquera	N	Dolor al hablar	N	Pérdida de la voz:	N
Sensación Cuerpo Extraño	N	Carraspeo	N	Secreciones	N
Obstrucción Nasal	N	Malformaciones	N	Alteración Auditiva	N
Fumador	S	Alteración hormonal	N	Alergias	N
Tto. con ORL	N	Cirugías en cabeza y cuello	N	Procesos Respiratorios agudos	N
Tto con Gastroenterólogo	N	Tto en cabeza y cuello	N	Otros	N

óRGANOS FONOARTICULADORES : (Marque N (sin alteración) o A (con alteración), según corresponda)

OFA	IMPLANTACIÓN	COLORACIÓN	TAMAÑO
Lengua	N	N	N
Mejillas	N	N	N
Labios	N	N	N
Dientes	N	N	N
Maxilar superior	Crepitacion ATM Sin dolor	N	N

ELEMENTOS SUPRASEGMENTALES DEL HABLA:

RITMO	Normal	/	Bradilalia		Taquilalia	
FLUIDEZ	Normal	/	Amplia		Baja	
INTENSIDAD	Normal	/	Aumentada		Disminuida	
TONO	Normal	/	Grave		Agudo	

PERMEABILIDAD NASAL:

Simétrica	/	Asimétrica	

RESPIRACIÓN

Diafragmática		Intercostal		Clavicular		Mixto	/

Powered by CamScanner

BIEN ESTAR SALUD IPS	INFORME EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)		CODIGO: PM-FA-FR-01
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	RESPONSABLE FONOAUDIOLOGIA	VERSION: 03
			VIGENCIA: 20 Noviembre 2023

COORDINACION FONO – RESPIRATORIA

Normal	/	Alterada	

TONO MUSCULAR:

Normal	/	Hipotónico		Hipertónico	

VOZ:

Leída	N	Cantada	N	Hablada	N	Susurrada	N

POSTURA:

Normal	/	Alterada	

ARTICULACION:

Normal	/	Dislalias		Especifique	

OBSERVACIONES:

- fumador social
- TMF. 22'
- Gastritis crónica sin coloración por especialista

DIAGNóSTICO:

1. Comportamiento vocal normal - Disfonía funcional leve
2.
3.

FIRMA DEL PROFESIONAL
SELLO

Zayra Sarmiento Moreno
Fonoaudióloga Especialista SST
Res. 4490/2016

FIRMA DEL USUARIO
C.C. 4585.393.

Powered by CamScanner

Pereira, 3 de julio de 2024

Señor(a) Coordinador(a)

Señores área de contratación

CASA.

Certifico que los contratistas relacionados a continuación, presentaron concepto medico ocupacional y los resultados de exámenes requeridos de acuerdo con lo establecido en la Circular 3-2024-000021, del 26-01-2024 para el proceso de contratación, los cuales fueron revisados por el médico laboral de la regional Risaralda.

GUSTAVO BEDOYA CORREA	4585393

Atentamente,



Firmado digitalmente por Eugenio Ocampo Piedrahita

Médica Especialista en Medicina del Trabajo
Sena Regional Risaralda

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GUSTAVO BEDOYA CORREA identificado(a) con CC 4585393 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/09/2018

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA SANTA ROSA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes 7 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUSTAVO BEDOYA CORREA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4585393,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2011** 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 28 de junio 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141053238036

(415)7707212489984(8020) 000014105323803 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 5 8 5 3 9 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BEDOYA	CORREA	GUSTAVO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Chinchiná 1 7 4

41. Dirección principal
CL 12 9 36

42. Correo electrónico bedoyacorrea2@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 2 0 0 4 9 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 4 0 7 0 1	8 5 4 3	2 0 2 4 0 7 0 1		2 2 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO