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 SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 68 |
| Código Centro | 954110 |
| Fecha Elaboración | 30 Setiembre de 2024 |
| Versión | MARZO 2024 - 2,24 |
| ID de Proceso | 49468-315531 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | LUIS DAVID DURAN PICO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.098.803.275 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | ldduran@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 63963990971 |
| IP/Nº de contacto: | 73859 | Presta Servicios Excluidos de IVA: | SI |
| 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: | 6693109/2024 | Nº Compromiso SIIF | 213824 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 4 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑAN |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Del | 03/09/2024 Al 30/09/2024 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 13.493.550 |
| Número de pago | 1 | Valor Total del Contrato: | $ 13.493.550 |
| Valor Bruto Pago: | $ 3.469.770,00 | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 10.023.780 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.469.770 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 195.518 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | $ 3.665.288 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 2.441.188 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | | ---------- | 4569930761 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.387.908 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 173.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 222.100 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 14.500 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Salud hasta | $ 12.393.783 | $ 814.000 | |
| Renta Exenta 25% | | | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.441.188,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.469.770,00 | |
| 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 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0,600% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Sobretasa Bomberil | 0,00 | 10,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| VALOR A PAGAR | $3.469.770,00 | |

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación presencial Ficha 2902010 Ejecución de Programas Deportivos - 48 horas

Formación presencial Ficha 3035149 Gestión de la Producción Agrícola - 6 horas

Formación presencial Ficha Complementaria 3082318 Inglés Básico Nivel 2 - 36 horas

Total horas mes: 90

Observación: se anexa planilla de seguridad social del mes de septiembre teniendo en cuenta la afiliación al sistema

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

LUIS DAVID DURAN PICO
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/09/24 17:40:36 USUARIO: SIC - C.C. 1098803275

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS DAVID DURAN PICO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098803275,** se encuentra afiliado/a desde **07/03/2023** 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 16 de septiembre 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

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Luis David Duran Pico, identificado(a) con CC número 1098803275, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1098803275 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Luis David Duran Pico |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 15/01/1998 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 25/09/2020 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | 15/09/2024 |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 13 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 13 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 10/03/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 900323853 TELEPERFORMANCE COLOMBIA SAS Desde 12/06/2024 Hasta 15/08/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1098803275 Trabajador Independiente Desde 10/03/2023 Hasta 31/05/2024

Generado por interfaces 16/09/2024

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141118407599

(415)7707212489984(8020) 000014111840759 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 8 8 0 3 2 7 5 | 2 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## 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 0 9 8 8 0 3 2 7 5 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DURAN | PICO | LUIS | DAVID |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| DURAN PICO LUIS DAVID | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | San Gil 6 7 9 |

41. Dirección principal: CL 14 4 BRR SAN CARLOS

42. Correo electrónico: LUISDAVIDDURANPICOLEON@GMAIL.COM

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 7 1 1 7 0 9 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 4 9 0 | 2 0 2 4 0 8 1 6 | 8 5 6 0 | 2 0 2 4 0 8 2 2 | | | 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 2024 - 08 - 23 / 12 : 59: 42

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 DURAN PICO LUIS DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1098803275 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS DAVID DURAN PICO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAN GIL | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 14 #4-98 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4569930761** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/09/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990060655 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 222.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 222.100 | $ 0 | $ 222.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 222.100** | **$ 0** | **$ 222.100** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 173.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 173.500 | $ 0 | $ 0 | $ 173.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 173.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 173.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

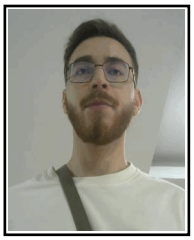
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 14.500 | $ 14.500 | $ 0 | $ 0 | $ 14.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 14.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 14.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1098803275 | DURAN PICO LUIS DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.387.908 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.387.908 | $ 222.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 222.100 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.387.908 | $ 173.500 | $ 0 | $ 173.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.387.908 | 109880327 | $ 14.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 410.100** |

SALUD INTEGRAL SANTANDER IPS SAS
NIT. 901050204-8
Carrera 32 No. 33-33 La Aurora - Cel. 315 374 8286 - Tel. 6076951343
Carrera 35 # 52-72 Cabecera - Cel. 317 693 7070 - Tel. 6836525
Bucaramanga - Santander
E-mail. saludintegralsantanderips@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.640

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 08 MES | 2024 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES S.O | PARTICULARES S.O |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| DURAN PICO LUIS DAVID | MASCULINO | 26 AÑOS 7 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 1098803275 (Número) |
| | Teléfonos | | | |

Cargo
**RECURSOS HUMANOS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

Observaciones: *NO APLICA*

| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | N/A |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OPTOMETRÍA | ✓ | AUDIOMETRIA | ✓ |
| CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA TIPO IV) | ✓ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| GLICEMIA EN AYUNAS | ✓ | PRUEBA PSICOTECNICA | ✓ |
| PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, TRIGLICERIDOS) | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**
**Nombre:** TIJO CARANTON NORBERTO
**R. M.:** 8233 **L.S.O.:** 4583

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**
**Nombre:** DURAN PICO LUIS DAVID
**CC:** 1098803275

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, **LUIS DAVID DURAN PICO** identificado con **CC** No. **1098803275**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 03/09/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 03/09/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 2 |

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): 20240101955772.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

# Certificación Bancaria

Miércoles, 18 de septiembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUIS DAVID DURAN PICO identificado(a) con CC 1098803275, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 63963990971 | 2016-08-12 | ACTIVO | ***** |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| SAN GIL, 29 DE AGOSTO DE 2024 | 4000404–7 | | 15947640 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| ANTONIO MARIA RODRIGUEZ BRAVO | 8752 | 092 | 01215947640 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 1098803275 | LUIS DAVID DURAN PICO | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CL 26 # 92 – 32 TORR B | | BUCARAMANGA | 4049080 |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 1098803275 | LUIS DAVID DURAN PICO |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 29–AGO–2024 | 14–ABR–2025 | 1.349.355,00 | 37.815,12 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 29–AGO–2024 | 14–ABR–2025 | 228 | 29–AGO–2024 | 14–ABR–2025 | $37.815 | $7.185 | $45.000 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $1.349.355 | $5.397 | $1.349.355,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 092 | CUM002 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 8752 | ANTONIO MARIA RODRIGUEZ BRAVO | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | INDEPENDIENTES | 100,00 | 37.815 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 – 18 | P | 05 | F–01–12–084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 – 18 | NT–P | 5 | N–01–012–011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios Profesionales
SE GARANTAIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR6693109CON OBJETO REFRENTE PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZAS DE IDIOMAS EN EL AREA TEMATICA BILINGUISMO YDEMAS ESPECIFICACIONES DEL MISMO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

## Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS DAVID DURAN PICO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098803275 realizó el día 19/09/2024 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 LUIS DAVID DURAN PICO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098803275 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.

Luis D

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS DAVID DURAN PICO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098803275 el día 19/09/2024 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