Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-07-17, 09:28:40 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2020
Empresa	MAGDA LILIANA GIRALDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 66836480
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1030614159
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	685651183
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 396.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.12.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 218.600	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	1	$ 170.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.200	$ 0
		SubTotales:		$ 396.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 396.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION-ANTIOQ

Código Regional	**5**
Código Centro	**920310**
Fecha Elaboración	**Julio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**92801-761201**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MAGDA LILIANA GIRALDO	**C.C.**	66.836.480	**IP/Nº de contacto**	42155
Correo electrónico contratista:	malgiraldo@sena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 06047063904

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1669552/2020 **Nº Compromiso SIIF** **147720**

Valor Total del Contrato	$ 19.456.103	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.456.103	**1**	**Del**	**06/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 3.158.458,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.297.645		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.158.458	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		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	**$ 3.158.458**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.098.694**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**685651183**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.263.383	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 202.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
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 $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 699.565	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.098.694,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.798.258,00	
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	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Jaime Isaza Cadavid	12.634,00	0,400%
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	**$ 3.145.824,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN
Ejecuté formación en las Fichas que se programaron en el mes de julio: Ficha N°1966579B-2024772-2014199
Orienté procesos formativos de acuerdo con los proyectos formativos, planeación pedagógica y guías de aprendizaje
Desarrollé mi función como instructor con total autonomía respetando los principios, normas y reglamentos del SENA.
Realicé actividades de aprendizaje, según el desarrollo curricular del programa a impartir, para las fichas relacionadas acatando el buen uso de todos los elementos de la institución. Fomenté el cumplimiento y acatamiento del reglamento del aprendiz SENA.
Utilicé los formPrestatos implementados por el S.I.G. descargados de la plataforma Compromiso.: Guías de aprendizaje e instrumentos de evaluación -Código del formato: GFPI-F-019.

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.

MAGDA LILIANA GIRALDO
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,

JOSE FERNANDO RANGEL MORALES
INSTRUCTOR G16

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

NOHORA JUDITH HERNANDEZ LOPEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Medellín, 6 de Julio de 2020

Señora:
Nohora Judith Hernandez López
Subdirectora del Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción
SENA

Asunto: Presentación Oferta de Servicios Personales.

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto:

PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total para cada contrato la suma DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL Y TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($19.456.103,00). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: Cinco pagos, el primer pago de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/L ($3'158.458) y tres mensualidades vencidas de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($3.790.150), último pago por UN MILLÓN CIENTO TREINTA SIETE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS M/L (1'137.045) o el valor proporcional que corresponda al tiempo contractual ejecutado.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, adicionado por la Ley 1150 de 2007. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los **estudios previos y análisis del sector**, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

- Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad SI ( ) NO (X) , si su respuesta es afirmativa, relacione nombres y apellidos, _____

- Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con Usted: _____.

- Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue: Directivo ( ) Asesor ( ) Profesional ( ) otro _____.

- Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 SI (X) NO ( ).

Atentamente,



Magda Liliana Giraldo
C de C. 66836480 de Cali.
Cel: 3233112040
E-mail: maly723@misena.edu.co

Medellín, 17 de Julio 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que si quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($46.418.000)
e. Por el año gravable 2019, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Medellín a los días 28 de febrero de 2020



_____

Magda Liliana Giraldo

CC 66.836.480 Cali

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 17 de julio de 2020

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**24601257**	**MARIA OFELIA GIRALDO OROZCO**	**MADRE**
C.C	**1094970691**	**SANTIAGO MARIN GIRALDO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.

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,

_____
FIRMA

Nombre: MAGDA LILIANA GIRALDO

C.C. 66836480

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

MUNICIPIO DE RIONEGRO
SUBSECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS

REMISIÓN A INSTITUCIONES

Fecha: 04 de febrero de 2020

Profesional que remite: JULIO CÈSAR RESTREPO VARGAS

Persona o Familia remitida: MAGDA LILIANA GIRALDO

Documento de identidad número:

66836480

Entidad a la que se remite: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Observaciones:

La (s) víctima (s) remitida(s) se encuentra incluida por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO con código de declaración NG000155329, requiere ser atendida en los programas y/o servicios institucionales que su entidad ofrece, de acuerdo con su compromiso de atención a la población víctima del conflicto armado en el país.
En la declaración se encuentran incluidas las siguientes personas:

MAGDA LILIANA GIRALDO	66836480	INCLUIDO

JULIO CÈSAR RESTREPO VARGAS
ENLACE MUNICIPAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS
TELÉFONO 5204060 EXT 5209

RIONEGRO
juntos avanzamos más

Declaración Extra-juicio Formulada Por: MAGDA LILIANA GIRALDO

Cédula de Ciudadanía Número 66.836.480 expedida en Cali, Valle

RIONEGRO, MARTES CUATRO (04) DE FEBRERO DE 2020

INSPECCION URBANA MUNICIPAL DE POLICÍA CENTRO. En la fecha compareció la persona mencionada con el fin de formular declaración Extra-juicio, para lo cual se le pone de presente el contenido del artículo 7 del Decreto Ley 019 de 2012 que expresa" PROHIBICIÓN *DE DECLARACIONES EXTRA-JUICIO. Se prohíbe exigir como requisito para el trámite de una actuación administrativa declaraciones Extra-juicio ante autoridad administrativa o de cualquier otra índole. Para surtirla bastará la afirmación que haga el particular ante la autoridad, la cual se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento*". La presente declaración se realiza dando cumplimiento al artículo 4 del Decreto 960 de 1970 "Principio de Rogación", al efecto el inspector de policía ante su secretario tomo el juramento de rigor previa imposición del Articulo 442 del código penal; la ley 136 de 1994, articulo 92 literal C y decreto municipal 015 de 2008; por cuya gravedad de juramento prometió decir la verdad y solo la verdad en su denuncia, expuso, mi nombre es como quedo dicho y arriba escrito, hijo(a) MARIA OFELIA, natural de CALI, VALLE, Residente GUARNE, ANTIOQUIA, VEREDA BERRACAL, teléfono: 3233112040, estado civil SOLTERA, de 48 años de edad, Profesión u oficio: INSTRUCTORA SENA. PREGUNTADO: BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE SOY MADRE CABEZA DE HOGAR, VIVO CON MI MADRE Y MI HIJO SANTIAGO MARIN GIRALDO DE 21 AÑOS DE EDAD QUIEN ES ENFERMO DE BIPOLARIDAD AFECTIVA GRADO UNO, VIVIMOS BAJO EL MISMO TECHO Y CONFORMAMOS NUESTRO GRUPO FAMILIAR, SOY LA UNICA QUE VEO ECONOMICAMENTE POR EL HOGAR. No siendo más para declarar se lee y se firma por los que en ella se intervinieron.

EL INSPECTOR DE POLICÍA _____

EL DECLARANTE: _____ CÉDULA 66836480

EL SECRETARIO (A) _____


FECHA DE NACIMIENTO
13-SEP-1945
CIRCASIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
17-JUL-1968 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2600100-00147171-F-0024601257-20090117
0009549475A 1
4200011250
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 24.601.257
GIRALDO OROZCO
APELLIDOS
MARIA OFELIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1998

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

07-OCT-2016 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2600100-00962422-M-1094970691-20171214 **0058**79835A 2 9902345263

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.094.970.691**

MARIN GIRALDO
APELLIDOS

SANTIAGO
NOMBRES

FIRMA



DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14699838962

(415)7707212489984(8020) 000001469983896 2

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO		MAGDA	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	San Vicente 6 7 4

41. Dirección principal
VDA LAS HOJAS

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
maly723@misena.edu.co		3 2 3 3 1 1 2 0 4 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 6 0	2 0 1 4 0 1 2 8	8 5 4 2	2 0 1 4 1 0 1 5			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
1 4 1 8	

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

Obligados 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 - 07 - 23 / 17 : 26: 11

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GIRALDO MAGDA LILIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	CONCEPTO MEDICO	
	Regional	**Antioquia**
	Centro	**Centro de la Innovación, la Agroindustria y la Aviación**
Nombre	**MAGDA LILIANA GIRALDO**	
Tipo Examen	**Valoracion Medica para Brigadistas**	
Fecha Creación	**2018-06-22**	

CONCEPTO
01. Apto para brigadista sin patologia aparente
RECOMENDACIONES CONCEPTO
MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS MANUALES, VISUALES Y CORPORALES
RESTRICCIONES CONCEPTO
NINGUNA
REQUIERE EXAMEN:

PSICOLOGICO	No
GENERAL	No
ESPECIALISTA	No
ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		**Medico**	
Nombre	MAGDA LILIANA GIRALDO	**Nombre**	Gerizim Proveedor Arl
Firma		Firma	
Numero Identificacion		**Sello**	

Certificado Bancario

Jueves, 2 de Julio de 2020

Señores
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HÁBITAT Y LA CONSTRUCCIÓN

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MAGDA LILIANA GIRALDO identificado(a) con CC 66836480, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06047063904	2015/08/24	ACTIVA

*** 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 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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Es el momento de todos Bancolombia

Hace constar:

Que el Sr(a) MAGDA LILIANA GIRALDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66836480 realizó el día 17/07/2020 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 MAGDA LILIANA GIRALDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66836480 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

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