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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940310** |
| **Fecha Elaboración** | **28 de Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **57078-722220** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.094.241.611 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | avendano11@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 17780499842 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3382360 | **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 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:** | 7440338/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **13525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE RED INSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS PARA FOR |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **10/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.913.024,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 43.082.086 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.913.024 | 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** | **$ 2.913.024** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.874.724** | **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** | | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 625.000 | |
| 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 | 1.874.724,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.507.224,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 24.220,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.888.804,00** | |

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación para programas técnico en apoyo administrativo de salud.
Realicé procesos de formación en programas técnicos de apoyo administrativo en salud.
Orienté los procesos formativos de los aprendices.
Asistencia a reunión de bienvenida e inducción a instructores
Realicé las capacitaciones de SST y
Orienté procesos formativos, aunque aún no hay evidencia de planes de mejora
Presenté y registré a través de correos institucionales y plataformas
Se realizaron evaluaciones periódicas a los aprendices

**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

**ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR**
**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,

**CLAUDIA PATRICIA GUEVARA ARMENTA**
**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**
**CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

25/02/25 11:32:09 USUARIO: SIC - C.C. 1094241611

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR identificado(a) con CC 1094241611 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **07/10/2016** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE MARLY** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de febrero del año 2025.

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,

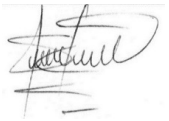
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1094241611,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** 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 25 de febrero de 2025.



**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 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14533997551

(415)7707212489984(8020) 000001453399755 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 9 4 2 4 1 6 1 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Pamplona 5 1 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| AVENDAÑO | VILLAMIZAR | ANDRES | EDUARDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 13 E 65 C 55 CA 09 BRR LA HACIENDA

42. Correo electrónico: and.avendano.too@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 5 3 3 7 | 3 1 3 3 0 7 7 3 6 6 |

## 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 4 2 | 2 0 1 6 0 8 1 2 | 8 5 4 1 | 2 0 1 6 0 8 1 2 | | 8 5 2 3 | 8 2 9 9 | | |

## 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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1094241611 | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR | CALLE 13 # 65-37 | 2222222 | and.avendano.too@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 14/01/2025 | 83359466 | $379.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 800 | 0 | 163.300 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 209.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 6.800 | | | | 6.800 | 7 | 100 | 6.900 | | | 68 | 6.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162.500 | 163.300 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.800 | 6.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 377.300 | 379.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1094241611 | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR | CALLE 13 # 65-37 | 2222222 | and.avendano.too@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 14/01/2025 | 83359466 | $379.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1094241611 | AVENDAÑO VILLAMIZAR ANDRES EDUARDO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR** identificado con **CC** No. **1094241611**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 09/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

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): 202501012874235.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA No somos Grandes Contribuyentes Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

| FECHA ▼ | | | Tipo de examen ► | Ingreso |
|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | Ciudad ▼ | Departamento ▼ |
| 14 | 02 | 2023 | Bogota, d.c. | Santa Fe de Bogotá D.C. |

| 1er Apellido ▼ | 2do Apellido ▼ | 1er Nombre ▼ | 2do Nombre ▼ |
|---|---|---|---|
| AVENDAÑO | VILLAMIZAR | ANDRES | EDUARDO |



| Tipo D.I. ▼ | No. Documento ▼ | Expedido en ▼ | Genero ▼ | Edad ▼ |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1094241611 | 2004-11-25 | M | 36 Años |

| Profesión ▼ | Nombre de Cargo ▼ | Empresa ▼ | N.I.T. ▼ |
|---|---|---|---|
| INSTRUCTOR | INSTRUCTOR | Particular | |

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

| Apto Para El Cargo | |
|---|---|

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Realizar ejercicio cardiovascular periódico --Cumplir con las normas de bioseguridad - Continuar con el uso de la corrección óptica actual, control anual por optometría - Dieta baja en harinas, azucares y fritos para disminuir peso, realizar ejercicio cardiovascular periódico - Uso de medias de compresión graduada anti varices - Realizar pausas activas durante la jornada laboral - Se indica control diario de cifras tensionales y posterior valoración medica por EPS, en el momento asintomático - OBSERVACIONES: Se practicaron los siguientes exámenes osteomuscular, respiratorio, Glicemia, colesterol total, trigliceridos, cuadro hematico, audiometria, optometria, psicometrico encontrándolos dentro de parámetros de normalidad, cardiovascular con leve alteración, asintomático que requiere seguimiento por EPS, por lo anterior se considera Apto para el cargo con las recomendaciones estipuladas

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

| Osteomuscular | Optometría | Respiratorio | Glicemia |
|---|---|---|---|
| Cardiovascular | Audiometria | Cuadro Hematico | |

RECOMENDACIONES ▼

| Pausas Saludables Mmii | Actividad Física Mayor 30´ | Control Optometria (ocup) | Pausas Saludables Mmss |
|---|---|---|---|
| Uso Epp | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ► | SI | | NO | X |
| Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ► | SI | X | NO | |
| Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼ | | | | |

| Cardiovascular | | | |
|---|---|---|---|

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

| Médico Ocupacional ▼ | Aspirante a trabajador ▼ |
|---|---|
| Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS<br>RM 1136883709<br>Especialista Salud Ocupacional<br>Licencia S.O. 25-0843<br><br>REVISAVIAE LTDA<br>SALUD OCUPACIONAL<br>7240L<br>REGISTRO MEDICO | Nombre: ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR<br>C.C. 1094241611 |

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.

EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO

# REVISAVIAE LTDA

| | |
|---|---|
| FECHA | 13/02/2023 |
| **EXAMEN A REALIZAR** | **CUADRO HEMATICO, PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA** |
| NOMBRE | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR |
| TIPO DOCUMENTO | CC |
| Nº DOCUMENTO | 1094241611 |
| GENERO | HOMBRE |
| CONTACTO | |

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

| CITOMETRIA SANGUINEA | |
|---|---|
| LEUCOGRAMA | |
| LEUCOCITOS /mm3 Rto Diferencial | 9400 |
| NEUTROFILOS% | 48 |
| LINFOCITOS % | 47 |
| BASOFILOS % | |
| EOSINOFILOS | 5 |
| MONOCITOS % | |
| OTROS | |
| MORFOLOGIA | |
| HEMOGRAMA | |
| HEMATOCRITO % | 48,3 |
| HEMOGLOBINA grs % | 16,5 |
| V.S.G. (Westergren) mm/hr | |
| PLAQUETAS (150,000 - 450,000/mm) | 280000 |

| INMUNOSEROLOGIA | |
|---|---|
| VDRL (RPR) | |
| PCR | |
| RATEST | |
| ASO | |
| (Ref: No mayor 200 UI/dl) | |
| PSA: | |
| OTROS | |

| METABOLITOS | |
|---|---|
| CARBOHIDRATOS | |
| GLUCOSA BASAL (70-110 mgrs-dl) | 85 |
| POSTPRANDIAL (menor de 170mg%) | |

| PROTEINAS | |
|---|---|
| TOTAL(6,6-8,3 g/dl) | |
| ALBUMINAS (3,8-5,3 g/dl) | |
| GLOBULINAS (2,2 - 2,2 g/dl) | |

| LIPIDOS | |
|---|---|
| COLESTEROL (150-210 mgrs/dl) | 233 |
| HDL (mayor de 38 mgrs/dl) | 50 |
| LDL (inferior a 110 mgrs/dl) | 129 |
| trigliceridos (40-170 mgrs/ dl) | 268 |
| INDICE ARTERIAL (hasta 0,6) | |

| OTROS | |
|---|---|
| ACIDO URICO )3,0-7,9 mg/dl) | |
| B.U.N (4-24,5 mg/dl) | |
| CREATININA (0,6 - 1,2 mg/dl) | |
| | |
| TOTAL (0-1,2 mg%) | |
| DIRECTA (0 - 0,2 mg%) | |
| INDIRECTA (0 - 0,8 mg%) | |

VALIDADO

MAGDA PINZON B
BACTERIOLOGOA REG 1132

## TEST DE WARTEGG

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | Andres Eduardo Avendaño Villamizar |
| **Edad:** | 36 años |
| **Sexo:** | Masculino |
| **Cargo:** | Licenciado en lenguas |
| **Nivel Académico:** | Maestria |

### ANALISIS GENERAL

Andres Eduardo se muestra con buena actitud y disposición para la aplicación de la prueba, informa no haberse sentido presionado, ansioso o impaciente antes de realizarla.

Se encontraba perceptivo, estable y orientado en tiempo, espacio y persona al momento de elaborar los dibujos, tenía buena motricidad para llevar a cabo las exigencias de cada cuadro a dibujar.

El tema que más le agrado a Andres Eduardo fue lo dibujado en el campo número 1, lo que indica que una de las prioridades en su vida es la seguridad en si mismo.

El tema que menos le agrado fue lo dibujado en el campo número 5, lo que significa que tiende a aplazar el manejo y la resolución de los conflictos.

El orden que llevo a cabo para la elaboración de los dibujos fue, el siguiente el campo numero 1 fue 1 luego 2, 3, 4, 5, 6, 7 y por último el 8.

## SIGNIFICADO DE CADA CUADRO ESCOGIDO POR EL EVALUADO

| | |
|---|---|
| **CAMPO 1** | Mirada fija |
| **CAMPO 2** | Implementos médicos |
| **CAMPO 3** | 5 dedos una mano |
| **CAMPO 4** | No hay nadie en el 403 |
| **CAMPO 5** | Espada y escudo |
| **CAMPO 6** | Televisor analogía antigua |
| **CAMPO 7** | Collar de perlas negras |
| **CAMPO 8** | Sol saliendo detrás de las montañas |

## INTERPRETACIÓN

| **CAMPO 1** |
|---|
| Representa la forma como la persona evaluada vivencia su propia individualidad. |
| Se evidencia que Andres Eduardo se siente el centro de su mundo y parte fundamental de él, es seguro de sí mismo, reconoce adecuadamente su individualidad, sin embargo, es capaz de tolerar la crítica y de buscar situaciones en las que se pueda desenvolver adecuadamente. |

| **CAMPO 2** |
|---|
| Representa la forma como el evaluado establece relaciones con otros el interactuar |
| Andres Eduardo es poco amable, empático y cordial, no tiene adecuadas relaciones interpersonales, no establece fácilmente vínculos permanentes con los demás, si alguien lo aborda no responde adecuadamente a sus necesidades ya que no posee habilidades de servicio al cliente. |

| **CAMPO 3** |
|---|
| Representa las ambiciones y proyección hacia el futuro |
| Tiene metas y proyectos altos, es líder y competitivo, establece metas y proyectos por lo tanto trabaja diariamente para conseguirlo. |

| CAMPO 4 |
| --- |
| Representa la relación del evaluado con su inconsciente |
| Refleja un poco manejo de sus angustias, ansiedades y miedos tiene constantemente la necesidad de involucrarse en actividades múltiples para dispersar sus sentimientos por lo tanto trabaja adecuadamente bajo presión no se deja afectar por sus emociones es objetivo. |

| CAMPO 5 |
| --- |
| Representa la voluntad y agresividad para vencer obstáculos y los recursos al enfrentar los problemas |
| Canaliza muy bien su energía por lo tanto el manejo y resolución de los conflictos es recursivo no se debe realizar seguimiento constante para la consecución de los resultados, sin embargo, no toma en cuenta a los demás en sus decisiones. |

| CAMPO 6 |
| --- |
| Representa el tipo de pensamiento valor a la capacidad intelectual |
| Analiza y consolida datos rápidamente haya fácilmente coherencia a varias partes a la vez, tiene alta atención al detalle. |

| CAMPO 7 |
| --- |
| Representa la capacidad de entrega en las relaciones afectivas. Aquí se evidencia la necesidad a exteriorizar problemas afectivos o a la expresión de la sensibilidad y el estado de madurez afectiva. |
| No expresa con facilidad sus sentimientos y emociones es poco emocional ya que posee una autoimagen y auto concepto negativo. |

| CAMPO 8 |
| --- |
| Representa la adaptación al medio, el tipo de ajuste dentro del entorno social |

Se evidencia que Andres Eduardo es una persona que se adapta a la sociedad fácilmente con sus normas y valores sociales siguiéndolas adecuadamente.

| FORTALEZAS | ASPECTOS A MEJORAR |
|---|---|
| Seguridad en si mismo estabilidad | Relaciones interpersonales |
| Análisis y síntesis de información | Manejo y resolución de conflictos |
| Autoconcepto expresión emocional | |
| Manejo de ansiedad trabajo bajo presión | |
| Establecimiento de metas y proyectos | |
| Adaptación a la sociedad con normas y valores sociales | |



**ANGELA JOHANNA SUAREZ ARENAS**

**Ps. Organizacional Esp. S.O y Riesgos Laborales**

**T.P. 172430**

**Licencia S.O. 25-1115 de 2017**

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

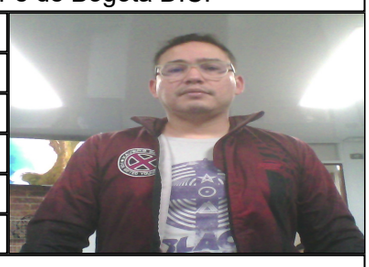
REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA No somos Grandes Contribuyentes Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

| FECHA ▼ | | | Tipo de examen ► | Ingreso |
|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | Ciudad ▼ | Departamento ▼ |
| 14 | 02 | 2023 | Bogota, d.c. | Santa Fe de Bogotá D.C. |

| 1er Apellido ▼ | 2do Apellido ▼ | 1er Nombre ▼ | 2do Nombre ▼ |
|---|---|---|---|
| AVENDAÑO | VILLAMIZAR | ANDRES | EDUARDO |



| Tipo D.I. ▼ | No. Documento ▼ | Expedido en ▼ | Genero ▼ | Edad ▼ |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1094241611 | 2004-11-25 | M | 36 Años |

| Profesión ▼ | Nombre de Cargo ▼ | Empresa ▼ | N.I.T. ▼ |
|---|---|---|---|
| INSTRUCTOR | INSTRUCTOR | Particular | |

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

| Apto Para El Cargo | |
|---|---|

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Cumplir con las normas de bioseguridad - Continuar con el uso de la corrección óptica actual, control anual por optometria - Dieta baja en harinas, azucares y fritos para disminuir peso, realizar ejercicio cardiovascular periódico - Uso de medias de compresión graduada anti varices - Realizar pausas activas durante la jornada laboral - Se indica control diario de cifras tensionales y posterior valoración medica por EPS, en el momento asintomático - Apto para el cargo

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

| Optometría | Audiometria | Optometria | Psicometrico |
|---|---|---|---|
| Glicemia | Colesterol total | Trigliceridos | Cuadro Hematico |

RECOMENDACIONES ▼

| Pausas Saludables Mmii | Actividad Física Mayor 30´ | Control Optometria (ocup) | Pausas Saludables Mmss |
|---|---|---|---|
| Uso Epp | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ► | SI | | NO | X |
| Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ► | SI | | NO | X |
| Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼ | | | | |

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

| Médico Ocupacional ▼ | Aspirante a trabajador ▼ |
|---|---|
| Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS<br>RM 1136883709<br>Especialista Salud Ocupacional<br>Licencia S.O. 25-0843<br><br>REVISAVIAE LTDA<br>SALUD OCUPACIONAL<br>7240L<br>REGISTRO MEDICO | Nombre: ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR<br>C.C. 1094241611 |

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.