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 CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	923210
Fecha Elaboración	Marzo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	77606-086084

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.217.571	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	walonga@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91204353714
IP/Nº de contacto:	3132177938	**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 2024**	SI

¿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:	7599426/2025	**Nº Compromiso SIIF**	43725	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES. PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA PARA IMPLEMENTAR ACCIONES QUE FOMENTEN LAS EXPRESIONES ARTÍSTICAS DE LOS APRENDICES EN SU FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, A TRAVÉS DE LAS ARTES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 34.023.546
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 34.023.546
Valor Bruto Pago:			**$ 3.780.394,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.243.152

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.780.394	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.780.394**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.858.917**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**AFILIADO**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.858.917,00	TARIFA
				Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.349.294,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.512.158	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 189.100	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 242.000	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	I	$ 7.900	$ 0	Reteica - 8299 - SOACHA	20.096,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 243.200		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 378.039		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ 380.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 585.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.760.298,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentar para aprobación por parte del supervisor del contrato, un plan de trabajo que incluya cronograma y entregables.
internos del centro de formación, el desarrollo de mecanismos que mejoren la retención de aprendices Identificar, generar y evaluar, e
Desarrollar las actividades del objeto contractual en las diferentes modalidades de formación, (presencial, virtual y/o a distancia) c
Implementar acciones que promuevan en los aprendices el desarrollo de una sensibilidad personal y social a través de las diversas mani
Fomentar la conformación de grupos en expresiones de arte para los aprendices que permita el desarrollo de la sensibilidad personal y
Realizar encuentros intracentros e intercentros para incentivar y reconocer el talento artístico de los aprendices.
Apoyar la gestión de espacios y recursos requeridos para el desarrollo de las actividades artisticas y culturales que se formulen.
Articular con el equipo del plan de bienestar del centro estrategias o campañas que vinculen las expresiones artísticas, orientadas a
Articular con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar, así como con los grupos internos del Centro de formación, el desa

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

WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS
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 periodo 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,

LILIANA MARCELA HERRERA PALACIOS
PROFESIONAL G02

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
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

23/03/25 14:48:21 USUARIO: SIC - C.C. 79217571

Descuentos y/o Retenciones

PRO AMAZONÍA 00,00000

Datos del Pago

Indicaciones

- Para agregar actividades desarrolladas dar clic en el símbolo:
- Para agregar honorarios de otros meses dar clic en el símbolo:
- Para agregar comisiones dar clic en el símbolo:
- Para ver historial dar clic en el símbolo:

Fecha de Elaboración:

23/03/2025 Únicamente Mes

Mes	Número	Saldo Anterior	Saldo a Pagar	Nuevo Saldo	N° Planilla de Pago de Seguridad Social	Estado	
Marzo	1	34.023.546	3.780.394	30.243.152	AFILIADO	SIN GENERAR	☐
Abril	2	30.243.152	3.780.394	26.462.758		SIN GENERAR	
Mayo	3	26.462.758	3.780.394	22.682.364		SIN GENERAR	
Junio	4	22.682.364	3.780.394	18.901.970		SIN GENERAR	
Julio	5	18.901.970	3.780.394	15.121.576		SIN GENERAR	
Agosto	6	15.121.576	3.780.394	11.341.182		SIN GENERAR	
Setiembre	7	11.341.182	3.780.394	7.560.788		SIN GENERAR	
Octubre	8	7.560.788	3.780.394	3.780.394		SIN GENERAR	
Noviembre	9	3.780.394	3.780.394	0		SIN GENERAR	

Generar Planilla

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 Winston Andres Longa Villegas, identificado(a) con CC número 79217571, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79217571
NOMBRES Y APELLIDOS	Winston Andres Longa Villegas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/01/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	23/12/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	49 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	48 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	23/12/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79217571 WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS Desde 01/08/2022 - Vigente

Generado por interfaces 17/02/2025

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.217.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14925295855

(415)7707212489984(8020) 000001492529585 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 9 2 1 7 5 7 1	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

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	79217571	1999/07/08

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LONGA	VILLEGAS	WINSTON	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CL 35 34 72 CA 102 CONJ VICTORIA I

42. Correo electrónico: broadwayschool1981@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 0 5 1	3 1 3 2 1 7 7 9 3 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 0 0 7	2 0 0 4 0 1 0 1	8 5 5 3	2 0 0 5 0 2 0 1	9 0 0 4	8 5 5 9	2 4 5 4	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2023 - 07 - 10 / 16 : 29: 21

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 LONGA VILLEGAS WINSTON ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-07-2023 04:29:41PM

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Lunes, 17 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS identificado(a) con CC 79217571, 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	91204353714	2019-11-27	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.

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

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810788 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -014
Tel: 8822218

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 08/02/2024

Doc. Identidad: CC 79217571 — Nombre: WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS — Fecha Nacimiento: 29/01/1981
Entidad: PARTICULAR — Edad: 43 años — Ocupación: DOCENTE
H.C No: — Ingreso (X) — Periódico ( ) — Retiro ( ) — Caso Ocupacional ( ) — Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) — Trabajo en alturas ( ) — Control ( ) — Ingreso al SVE ( )
Empresa: CONVENIO PARTICULAR 001 — Cargo: DOCENTE SENA RECTORICA — Antiguedad del cargo: 25 AÑ
Fondo de Pensión: PORVENIR — EPS: — ARL: COLPATRIA

Ultimo Examen Visual: 1 AÑO — Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) — Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) — Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ? NO REFIERE.
Accidentes oculares: SI ( ) NO (X) Cual ? NO REFIERE.
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca (X) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Andor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares: NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID — VACUNA COVID 1 DOSIS /2021 , DIABETES - PADRE

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	20/20			
OI	20/20	20/20		-	-
AO	-	-		-	-

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-100	-400	10°	-
OI	N	-200	0°	-

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival (X) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival (X) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

VL: - VP: - HISHBERG: -
Duducciones: - Versiones: - PPC: -

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal ( ) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

Refracción: ESF

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-	-	-
OI	-	-	-

Subjetivo: -

DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

H522 ASTIGMATISMO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
2. PAUSAS VISUALES
3. CONTROL ANUAL

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S
Nit. 900810758 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/02/2024 12:09:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS**

Cargo **DOCENTE** Doc. Identidad **CC 79217571**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 GLICEMIA / PENDIENTE
4 TEST PSICOTECNICO	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	LA INFORMO
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )	( )

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** SI ( ) NO ( )

VISIOMETRIA: 1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
2. PAUSAS VISUALES
3. CONTROL ANUAL

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO(A) CIRUJANO(A)
C.C. 1830683036

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1305683036 RM: RES 11741 DE 08/10/2017

Trabajador: WINSTON ANDRES LONGA
CC 79217571
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella dactilar

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS
NIt 900810768 - 8
Dirección: CL 12 A # 9 -914
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/02/2025 09:55:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS**

Cargo **DOCENTE** Doc. Identidad **CC 79217571**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ESFASIS OSTEOMUSCULAR	2 GLICEMIA	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA/FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	(X)	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	(X)
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	(X)
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	(X)
Apto para participar en la brigada	( )	( )	(X)
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	(X)	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO ( ) **EPS** SI ( ) NO ( )

LABORATORIOS: Sin alteración
Riesgo Cardiovascular: Bajo
1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
C.C. 1020883030

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1020883030 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Trabajador: WINSTON ANDRES LONGA
CC 79217571
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Lectura Biométrica

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM

2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Siempre coloca los pies a la altura del piso.
5. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
6. Evitar los cambios bruscos de temperatura
7. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
8. Siga los lineamientos de bioseguridad de la empresa

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA DEL TRABAJO Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
C.C. 1930583036

MONICA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 130583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Trabajador: WINSTON ANDRES LONGA
CC: 79217571
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella

Hace constar:

Que el Sr(a) WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79217571 el día 27/02/2024 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79217571 realizó el día 27/02/2024 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 WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79217571 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.

Firma

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE	62	62-46-101012851	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
04	03	2025	04	03	2025	00:00	10	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
LONGA VILLEGAS WINSTON ANDRES			C.C. :79,217,571
DIRECCIÓN: CALLE 34 34-72	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 3132177938

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CALLE 13 NO. 10-63	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 6015978250
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7599426 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA PARA IMPLEMENTAR ACCIONES QUE FOMENTEN LAS EXPRESIONES ARTÍSTICAS DE LOS APRENDICES EN SU FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL A TRAVÉS DE LAS ARTES DANZARIAS O AFINES EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/03/2025	10/04/2026	$ 3,402,354.60

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,402,354.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ	220528	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 11A NO. 93A - 62 - TELÉFONO: 7422342 - BOGOTA, D.C.

62-46-101012851
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330 53890121

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Haga clic aquí para escribir una fecha.

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

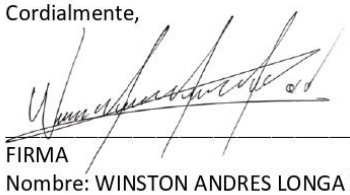
T.I.	**1188223375**	**AXEL MIJHAIL LONGA SANCHEZ**	**HIJO**
R.C	**1023087013**	**ARHEN JOAQUIN LONGA SANCHEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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.

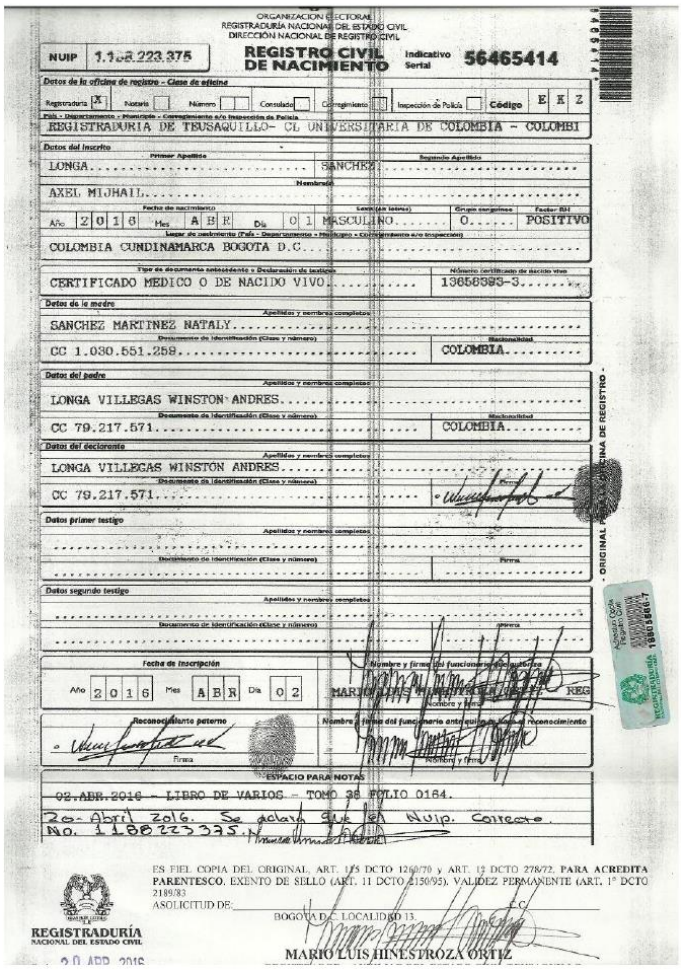
Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS
C.C. 79217571

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.1[illegible]223.375

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56465414

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E X Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TEUSAQUILLO- CL UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBI

Datos del inscrito

Primer Apellido: LONGA | Segundo Apellido: SANCHEZ

Nombre(s): AXEL MIJHAIL

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes ABR Día 01 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 13656593-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MARTINEZ NATALY

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.030.551.259 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONGA VILLEGAS WINSTON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): CC 79.217.571 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LONGA VILLEGAS WINSTON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): CC 79.217.571 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma

Fecha de inscripción: Año 2016 Mes ABR Día 02

Nombre y firma del funcionario autorizante: MARIO LUIS HINESTROZA ORTIZ | REG

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario autorizante del reconocimiento: Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~02-ABR-2016~~ - LIBRO DE VARIOS - TOMO 38 FOLIO 0184.

2a- Abril 2016. Se aclara que el NUIP. Correcto. NO. 1.1[illegible]223.375.N

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, ART. 115 DCTO 1260/70 y ART. 12 DCTO 278/72, PARA ACREDITA PARENTESCO, EXENTO DE SELLO (ART. 11 DCTO 2150/95). VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1° DCTO 2189/83

ASOLICITUD DE: FC

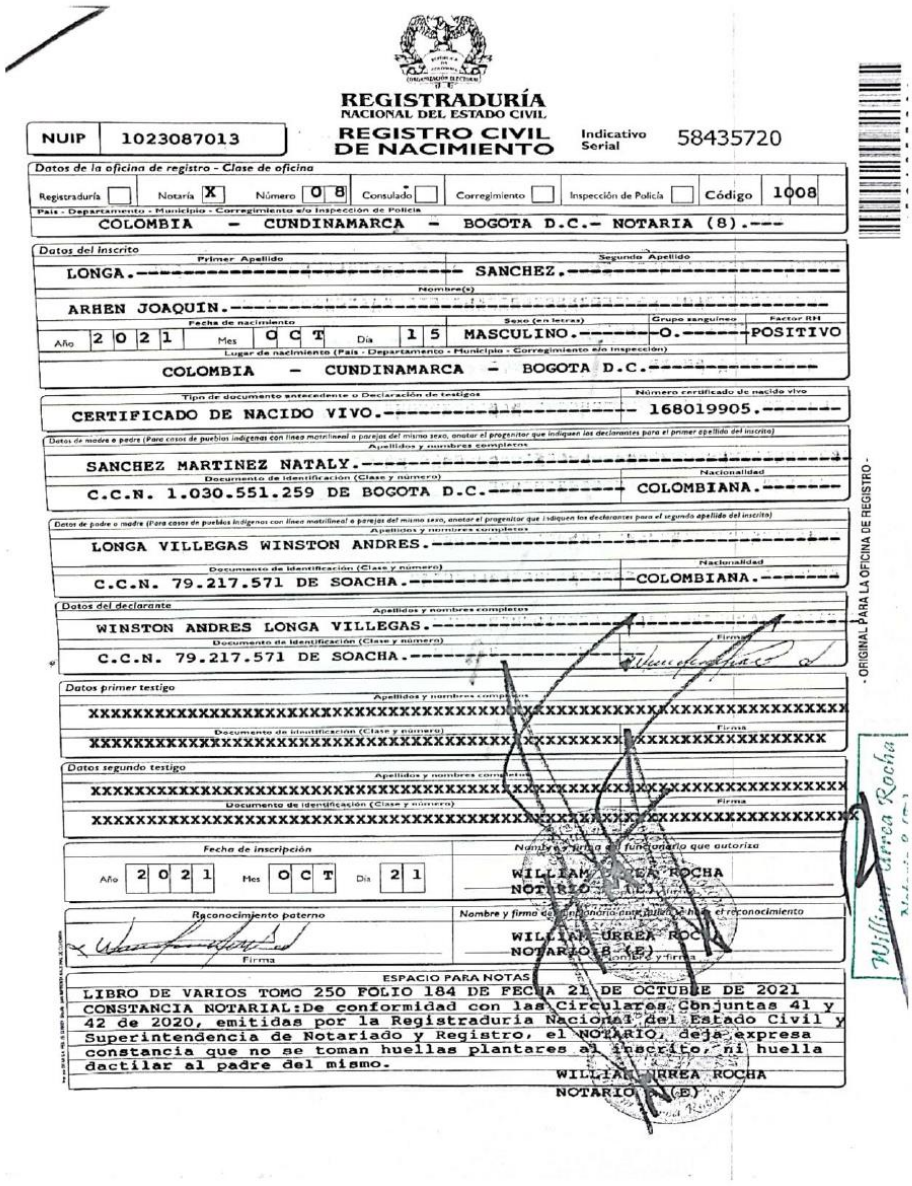
BOGOTA D.C. LOCALIDAD 13

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MARIO LUIS HINESTROZA ORTIZ

20 ABR 2016

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1023087013

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58435720

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1008

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.- NOTARIA (8).---

Datos del inscrito

Primer Apellido: LONGA.---------- Segundo Apellido: SANCHEZ.----------

Nombre(s): ARHEN JOAQUIN.----------

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes OCT Día 15 Sexo (en letras): MASCULINO.------- Grupo sanguíneo: O.------ Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.---------- Número certificado de nacido vivo: 168019905.--------

Datos de madre o padre (Para casos de parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MARTINEZ NATALY.----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 1.030.551.259 DE BOGOTA D.C.---------- Nacionalidad: COLOMBIANA.--------

Datos de padre o madre (Para casos de parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LONGA VILLEGAS WINSTON ANDRES.----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 79.217.571 DE SOACHA.---------- Nacionalidad: COLOMBIANA.--------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: WINSTON ANDRES LONGA VILLEGAS.----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 79.217.571 DE SOACHA.---------- Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXX