

 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)		Código Regional		15
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro		955110
	CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES		Fecha Elaboración		Agosto de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		68012-688391
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ		Banco a consignar: DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía 80.255.421		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: earevalo@sena.edu.co		Número de Cuenta: 488440138342			
IP/Nº de contacto:		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		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000					
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)					
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					
Concepto del pago corresponde a: Ninguno					
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%					
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato: 8141639/2025		Nº Compromiso SIIF 43025		Número de pagos durante la vigencia del contrato 5	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:RAD-15-9-2025-014950-PRESTAR LOS SERV PERSON. DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDTE PARA APOYAR LA FORMAC.PROFES. INTEGRAL CONFORME A LA PROGRAM. ESTABLECIDA, EN LOS DIFERNTES NIVELES DE FORMACIÓN DE LOS PROGR TÉCNICOS, TECN			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/08/2025 Al 31/08/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 21.771.019	
Número de pago 1		Valor Total del Contrato:		\$ 21.771.019	
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 17.171.508	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.599.511		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 \$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.406.511		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Agosto		Julio	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		decreto 1273 de	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 183.980		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 23.000		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 29.500		\$ 0	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL III		\$ 4.500		\$ 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% \$16.392.170		\$ 1.136.000			
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 3.406.511,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.599.511,00	
				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 - 8551 - PUERTO BOYACA 45.995,00 1,000%	
				0,00 0%	
				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 \$4.553.516,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1. Entregué documentación de gestión contractual y financiera del periodo.					
2. Recopilé estadísticas y evidencias para estructurar informes del próximo ciclo.					
3. Realicé mapeo de necesidades de insumos de formación complementaria.					
4. Verifiqué registros y expedientes de formación complementaria.					
5. Revisé líneas de formación ofertadas para futuras sesiones curriculares.					
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					
ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ 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,					
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ 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 KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

Identificación :*

80255421

ACEPTAR

CANCELAR

Información afiliada



Fecha

15/07/2025

Tipo de identificación

CC

Número de identificación

80255421

EPS anterior

SANITAS EPS SA

Validación si tiene PAC

-

Retiro causal

-

Estado

ACTIVO

Tipo de afiliado

Cotizante

Régimen

Contributivo

Sexo

Masculino

Edad

44

Nombre

ESTEBAN DAVID AREVALO MARTÍNEZ

Fecha de nacimiento

07-07-1981

Dirección de residencia

CL 19 4 48

Municipio de residencia

PUERTO BOYACA

Departamento de residencia

BOYACA

Fecha inicio vigencia afiliación

1 de mayo de 2025

Categoría

A

Teléfono fijo

7383000

Teléfono móvil

3156821029

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AREVALO MARTINEZ ESTEBAN DAVID** identificado(a) con **CC** número **80.255.421** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 31 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141167672129			
(415)7707212489984(8020) 000014116767212 9							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 0 2 5 5 4 2 1		3		Impuestos y Aduanas de Tunja		2 0	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida		Cédula de Ciudadanía		8 0 2 5 5 4 2 1			
28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Bogotá D.C.		Bogotá, D.C.		0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
AREVALO		MARTINEZ		ESTEBAN		DAVID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Boyacá		Puerto Boyacá		5 7 2	
41. Dirección principal							
CL 19 4 32 BRR CARACOLI							
42. Correo electrónico goozilin.1@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 5 6 8 2 1 0 2 9			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
8 5 5 1		2 0 2 5 0 3 1 3		8 5 2 1		2 0 1 3 0 5 2 2	
50. Código		51. Código		52. Número establecimientos			
8 5 1 3							
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código							
2 0							
20- Obtención NIT							
Usuarios aduaneros							
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 AREVALO MARTINEZ ESTEBAN DAVID							
985. Cargo CONTRIBUYENTE							

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, AYALA GARCIA ERIK DARLYN identificado con C No. 1052389069, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
N 899999034 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de inicio de cobertura 01/08/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/08/2025 Fecha fin de Contrato: 23/12/2025 Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de TUNJA en 1 de agosto de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**



Hace constar:

Que el Sr(a) ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80255421 realizó el día 05/08/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80255421 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80255421 el día 05/08/2025 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



CERTIFICADO

**PUERTO
BOYACA,
BOYACA,
COLOMBIA,
A quien interese**

30/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ESTEBAN DAVID AREVALO MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **80255421**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488440138342
Fecha de apertura	13/07/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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, AREVALO MARTINEZ ESTEBAN DAVID identificado con C No. 80255421, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
N 899999034 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de inicio de cobertura 01/08/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/08/2025 Fecha fin de Contrato: 22/12/2025 Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de TUNJA en 1 de agosto de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

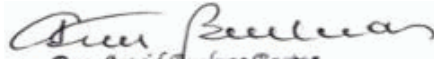


N° 79.334

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	03 MES	2025 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL PRE INGRESO - MANIPULACION DE ALIMENTOS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES							
Empresa en misión							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
AREVALO MARTINEZ ESTEBAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	43 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC	80255421
						Tipo	Número
Cargo							
INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
MANIPULACION DE ALIMENTOS							
SI							
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRÍA		✓		HONGOS DIRECTO KOH		✓	
VISIOMETRÍA		✓		COPROLÓGICO		✓	
GLICEMIA		✓		CARNÉ DE ALIMENTOS		✓	
PERFIL LIPÍDICO		✓		PRUEBA PSICOTECNICA		✓	
FROTIS DE GARGANTA (SIN CULTIVO)		✓		EXAMEN MEDICO CON ENFASIS MUSCULOESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, NEUROPSICOLOGICO		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
VALORACION POR NUTRICIONISTA : CONTROL DE GRASAS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA			
AUDIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA		INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES			
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA				ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS			
				BAJAR DE PESO			
				DIETA BAJA EN GRASAS			
				DIETA BALANCEADA			
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
				HÁBITOS SALUDABLES			
				HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico


Dra. Astrid Buelvas Bastos
Med. Espec. en Salud Ocupacional
R.M. 0813 Lic. en S. Ocupac. 3596

Firma: _____

Nombre: BUELVAS BASTOS ASTRID

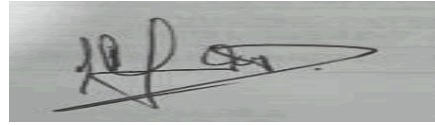
R. M.: 0813 L.S.O.: 3596



Código de Seguridad

R128X1D79334

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: AREVALO MARTINEZ ESTEBAN DAVID

CC: 80255421

