



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 VALLE

CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE

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

Código Regional	76
Código Centro	912610
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	12598-498453

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.705.334	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	diecastroc@sena.edu.co	Número de Cuenta:	30667053667
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	SI
¿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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8552828/2025	Nº Compromiso SIIF	250425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR OFERTA REGULAR CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	14/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.066.341
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 3.066.341
Valor Bruto Pago:	\$ 2.606.390,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 459.951

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.606.390	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.606.390	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.449.451	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	7989274192	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.449.451,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	2.200.590,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BUENAVENTURA	13.204,00	0,600%
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	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Pro-UCEVA	13.032,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Pro-Hospital	0,00	1,000%
Dependientes hasta	\$ 260.639		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 483.000		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	\$2.580.154,00	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Seguimiento en etapa productiva del programa de formación: total 90 horas ejecutadas
GESTIÓN PORTUARIA - 2875700: 26 Aprendizices
GESTIÓN PORTUARIA - 2996591: 5 Aprendizices
Se registra la planilla de Seguridad Social del Mes de Octubre 7989274192

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
1. Cumpli 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	
DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON EL CONTRATISTA	

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	
JHON FELIPE VIDAL LOPEZ INSTRUCTOR G12	

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
MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) **DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON**, identificado(a) con CC 79705334 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/03/2024 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **CONYUGE COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2024/11	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2024/11	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2024/12	16
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2024/12	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/01	21
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/02	14
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/02	0
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/02	11
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/03	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/03	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/04	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/04	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/05	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/05	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/06	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/06	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/07	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/07	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/08	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/08	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON	2025/09	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/09	30
CC	79705334	DIEGO FERNANDO CASTRO	NI	890399010	UNIVERSIDAD DEL VALLE	2025/10	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CINCO (5) días del mes de NOVIEMBRE del año 2025.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'h. p. h. g.' with a stylized flourish at the end.

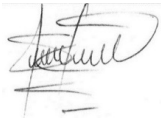
Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79705334**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2015** 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 05 de noviembre 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.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON CC 79705334 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	899999034
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura	2025-11-12	Estado de afiliación	Activo
Clase de riesgo	1	Código Actividad Económica	1855101
Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-12	Fecha Fin del Contrato	2025-12-05
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de noviembre del 2025.

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

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

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>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141185521188



(415)7707212489984(8020) 0000141185521188 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 26. Número de Identificación
 28. País 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio
 31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres
 35. Razón social
 36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

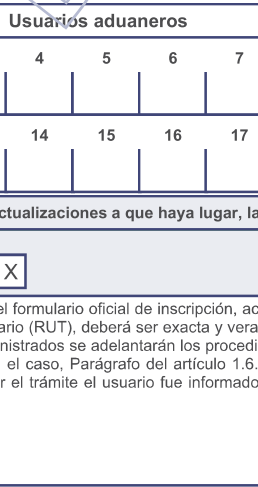
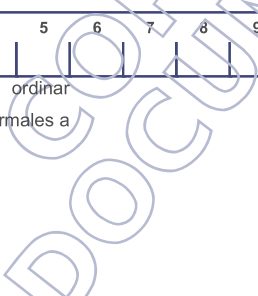
38. País 39. Departamento 40. Ciudad/Municipio
 41. Dirección principal
 42. Correo electrónico
 43. Código postal 44. Teléfono 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2		
<input type="text" value="8551"/>	<input type="text" value="20220811"/>	<input type="text" value="8544"/>	<input type="text" value="20150204"/>	<input type="text" value="7490"/>	<input type="text" value="7112"/>	<input type="text" value="1227"/>	<input type="text"/>

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
 22- Obligado a cumplir deberes formales a
 49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros										Exportadores					
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 60. No. de Folios:

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 CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO
 985. Cargo CONTRIBUYENTE



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUENAVENTURA, 17 de noviembre 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUENAVENTURA

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 párrafo 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:

TI	1109556213	FERNANDO JOSE CASTRO RAMOS	Hijo(a)
----	------------	----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON
C.C. 79705334

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.109.556.213
CASTRO RAMOS

APELLIDOS
FERNANDO JOSE

NOMBRES

Fernando
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2014
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-MAR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

28-JUN-2021 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN

O+ M
D E M SEXO

REGISTRACION MEDICINA
ALIMENTACION

AREA BIOMETRICO



P-2020900-01245835-M-1109556213-20210721 0079921130A 1 850282022

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

NUIP 1.109.556.213

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53224746

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 014 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código T 9 Y

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

NOTARIA 4 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido CASTRO Segundo Apellido RAMOS

Nombre(s) FERNANDO JOSE

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes MAR Día 16 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12520582-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RAMOS ESTUPIÑAN YULLY ERIKA

Documento de identificación (Clase y número) CC 38.470.144

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO

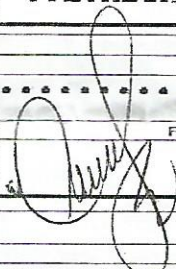
Documento de identificación (Clase y número) CC 79.705.334


Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.705.334

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 2014 Mes MAR Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza HECTOR MARIO GARCES PADILLA - NOT

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 4

Se expide la presente copia previa solicitud de DIEGO POLO ROSTO identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 79 705338 con el fin de demostrar parentesco. El presente documento es fiel copia del Registro Civil de Nacimiento que reposa en los archivos de esta Notaría, en el Tomo 107, Folio 5324746
Valido para: varios

Expedida en Santiago de Cali el 17 JUL. 2015

La Notaria Encargada,

SANDRA PATRICIA TOBAR PÉREZ
Notaria Cuarta del Circulo de Cali (E)

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE



**MACHADO**

Gestion y Seguridad Industrial S.A.S.

**CERTIFICACION MEDICO OCUPACIONAL
DE INGRESO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR**FECHA DE VALORACION DIA MES AÑO NOMBRE COMPLETO **DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON**DOCUMENTO DE IDENTIDAD **59.705.334** EDAD **49 AÑOS**CARGO **INSTRUCTORA**EMPRESA **CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA - SENA****CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009**

Realizado el examen Medico Ocupacional de **INGRESO con enfasis Cardiovascular**, con exámenes paraclínicos de Audiometría, Optometría y Psicosocial Cuadro hemático-16pf-5, el suscrito médico especialista en Salud Ocupacional certifica que el aspirante al cargo es:

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE **APTO SIN RECOMENDACIONES MEDICAS PARA EL CARGO** **APTO CON RECOMENDACIONES** **RECOMENDACIONES MEDICAS**

- ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- EJERCICIO REGULARMENTE
- HIGIENE POSTURAL
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Osteomuscular Nutricional Auditivo
Cardiovascular Visual

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO


Dr. Adolfo Moreno L.
Universidad Santiago de Cali
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 0564 del 09/06/2017

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO EVALUADOR

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR EVALUADO



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79705334 realizó el día 19/02/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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) DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79705334 realizó el día 19/02/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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



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

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79705334 el día 05/12/2025 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