SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ARAUCA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVICIOS PRESTADOS A LA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha Elaboración	**1 de Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**95815-030305**
No. de documento	**25089**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA	**C.C.**	88.220.537	**IP/Nº de contacto**	74216
Correo electrónico contratista:	corzol@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		614158525	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2225456/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**5021**	
Valor Total del Contrato	$ 45.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 45.000.000	**1**	**Del**	**05/02/2021**	**Al** **28/02/2021**	**$ 3.600.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 41.400.000		Comisiones		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR DEL CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA, PARA EJERCER EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, BAJO LA MODALIDAD TIEMPO COMPLETO, EN FORMACION PRESEN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.600.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.600.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.122.200**	**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	----------	**9415540578**	Valor Base retención en la fuente	2.122.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.440.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.189.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.400	$ 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 I	$ 7.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	31.896,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 360.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 707.400		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.568.104,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTÍ FORMACIÓN PRESENCIAL BILINGÜISMO EN LAS SIGUIENTES FICHAS Y HORARIOS:
06:00 a 08:00 HRS FICHA 2188821 TN.ASIST.ADMINISTRATIVA N2 (TRANSVERSAL).
- LOS APRENDICES USARON ADJETIVOS PARA DESCRIBIR PERSONAS.
10:00 a 12:00 HRS FICHA 2066130 TN. MANT. MOTOCICLETAS N1 (TRANSVERSAL).
- LOS APRENDICES SE PRESENTARON USANDO SUS DATOS PERSONALES.
16:00 a 18:00 HRS FICHA 2141319 TN. DIBUJO ARQUITECTONICO N1 (TRANSVERSAL).
- LOS APRENDICES SE PRESENTARON USANDO SUS DATOS PERSONALES.
18:00 a 20:00 HRS FICHA 2063037 INGLES NIVEL 4 (COMPLEMENTARIO).
- LOS APRENDICES SE PRESENTARON USANDO SUS DATOS PERSONALES.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LIBARDO EUGENIO SARMIENTO GARCIA
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

EDDIE YOVANNY MILLAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88220537		CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 N 22-20	ARAUCA-ARAUCA	8859248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	878619506	9415540578	I	2021/02/09	2021/02/01	BANCO DE BOGOTA		$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	88220537	CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$4,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$263,800**	**$0**	**$263,800**

2021/02/01 11:57 AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Arauca, 01 de MARZO de 2021

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:

NUIP - NIP	**1029409168**	**MIA VALENTINA CORZO ZAMBRANO**	**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: _HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

C.C. __88.220.537 de Cúcuta.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

5 9 5 8 4 1 3 9

NUIP	1029409168

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59584139**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Numero	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A	E	H
X									

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

COLOMBIA - ARAUCA - ARAUCA ARAUCA-H.S V. DE ARAUCA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CORZO **********	ZAMBRANO **********

Nombre(s)

MIA VALENTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - ARAUCA - ARAUCA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	15473323-1 **********

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

Apellidos y nombres completos

ZAMBRANO RODRIGUEZ YESSYKA YULIZZA **********

Documento de Identificacion (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1116774203 **********	COLOMBIA **********

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

Apellidos y nombres completos

CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 88220537 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 88220537 **********	

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2019 Mes OCT Día 25	CLAUDIA ELPIDIA PIEDRAHITA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	CLAUDIA ELPIDIA PIEDRAHITA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 613;25/10/2019

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
26216185-1

NUMERO DE PREPARACIÓN 11664312

Scanned by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14511678967

(415)7707212489984(8020) 000001451167896 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
88220537	7	Impuestos y Aduanas de Arauca 34	

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 13	88220537	1994/10/31

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Norte de Santander 54	Cúcuta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORZO	LEYVA	HUGO	JOSE GREGORIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Arauca 81	Arauca 001

41. Dirección principal: CR 13 22 20

42. Correo electrónico: profesorhugo2008@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
54001	8859248	3143200397

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
8523	2006/07/15	9511	2006/07/15		8560	8543		

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8 | CÓDIGO | VERSIÓN | FECHA

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID **88220537**

Pre-Ingreso	X	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha
Periódico	-	Post-incapacidad	-	Particular	-	18/01/2020
Re - integro	-	Cambio cargo	-	ARL		

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: F - M **X** Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años

Lugar de Nac. **CUCUTA** Escol. **PROFESIONAL**

Estado civil **U.LIBRE** Prof. **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de Valoración **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L. **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S. **NUEVA EPS** A.F.P. **PORVENIR**

2. EXÁMENES REALIZADOS

Examen	DESCRIPCION
1. Visiometria / Optometria	Anormal. Leve (18/01/2020).
2. Audiometria	Normal. (18/01/2020).
3. Espirometria	
4. Psicosensometrico / Coordinación Motriz	
5. Psicologia	
Lab. Clinico	**DESCRIPCION**
6. Cuadro hematico	—
7. Parcial de orina	—
8. Perfil Lipidico	Anormal (18/01/2020)
9. Glicemia	Normal (18/01/2020).
10. Serologia	
11. TGO / TGP	\
12. Creatinina	
13. Hemoclasificacion	
Examen	**DESCRIPCION**
14. RX de torax	\
15. RX de columna lumbo sacra	
16. EKG	
Examen fisico	Examen osteomuscular sin alteraciones.

3. CONCEPTO MEDICO

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	
Con recomendaciones para desepeñar el cargo	X
Con restricciones para el cargo	
Aplazado	
Condiciones inadecuadas para desempeñar cargo	
Condiciones adecuadas para trabajo en alturas	
Condiciones adecuadas para manejo de cargas	
Condiciones adecuada para espacios confinados	
Condicion adecuada manipulacion de quimicos	
Condicion adecuada manipulacion de alimentos	

Scanned by CamScanner

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CÓDIGO	
VERSIÓN	
FECHA	

4. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO		SI		EPS		ARL
Apto para alturas		SI		NO		Recomendaciones					
ENFERMEDAD PROFESIONAL		SI		NO		OBS					

5. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO		SI		EPS		ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL		SI		NO		OBS					

6. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y/O PYP

AUDITIVO		CARDIOVASCULAR		OSTEOMUSCULAR		BIOLOGICO	
RESPIRATORIO		RADIACION IONIZANTE		PSICOSOCIAL		OTRO	
VISUAL	X	MANEJO DE VOZ		QUIMICO			

7. RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

· Dieta y ejercicio ·

8.RECOMENDACIONES PARA EMPRESA

Brindar espacios para hacer pausas activas

9.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

1. Dieta balanceada baja en grasa
2. Hacer actividad física 30 min al día mínimo
3. Uso de lentes filtro U.V.
4. Hacer pausas activas 10 min c/2hr en especial de la voz.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

CC 80'220.537

Firma y cédula del examinado

Cynthia Cárdenas Médico

Nombre, firma y registro del Médico

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8

Scanned by CamScanner

Hace constar:

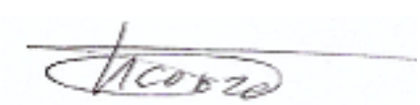
Que el Sr(a) HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88220537 realizó el día 27/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88220537 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

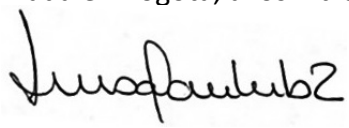
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA, con Cédula Ciudadanía No. 88220537 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 05/02/2021 y fecha fin de contrato 06/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012141230.

Dada en Bogotá, a los 4 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HUGO CORZO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 88.220.537 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 614158525, abierta/o desde el 17/8/2017.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Enero del año 2021 con destino a: SENA REGIONAL ARAUCA

_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
CUCUTA, 05 DE FEBRERO DE 2021	2880466-0		13515147
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
EVA YOSENI MEDINA TORRES	14139	2632	01213515147

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
88220537	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
KR 13 22 20		ARAUCA	8852592

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
88220537	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05-FEB-2021	01-MAY-2022	4.500.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
05-FEB-2021	01-MAY-2022	450	05-FEB-2021	01-MAY-2022	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$4.500.000	$13.500	$4.500.000,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2632	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
14139	EVA YOSENI MEDINA TORRES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS MEDIANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.2225456 DE 2021, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR DEL CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA, PARA EJERCER EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, BAJO LA MODALIDAD TIEMPO COMPLETO, EN FORMACION PRESENCIAL EN BILINGUISMO, PARA LA VIGENCIA 2021 .

Escaneado con CamScanner

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2880466-0 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13515147 expedida el día 05 de Febrero de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en CUCUTA a los 05 días del mes de Febrero de 2021.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Escaneado con CamScanner