



**CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.**

|                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <b>Código Regional</b>   | <b>11</b>                    |
| <b>Código Centro</b>     | <b>930310</b>                |
| <b>Fecha Elaboración</b> | <b>29 de Febrero de 2024</b> |
| <b>Versión</b>           | <b>ENERO 2024 - 1,24</b>     |
| <b>ID de Proceso</b>     | <b>64527-378796</b>          |

|                                                                     |                                         |                                                                                                                           |                                        |                                     |                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                    | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR      | C.C.                                                                                                                      | 1.094.241.611                          | IP/N° de contacto                   | 3382360                     |
| Correo electrónico contratista:                                     | avendano11@misena.edu.co                |                                                                                                                           |                                        |                                     |                             |
| Régimen del IVA:                                                    | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                                                               | <input type="checkbox"/> NO            | Es declarante de renta?             | <input type="checkbox"/> NO |
| Es Pensionado?                                                      | <input type="checkbox"/> NO             |                                                                                                                           |                                        |                                     |                             |
| Banco al cual consignar:                                            | BANCOLOMBIA                             | Inducción SST                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Presta Servicios Excluidos de IVA ? | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: | <input type="checkbox"/> NO             | Tipo de cta                                                                                                               | AHORROS                                | Nº Cuenta                           | 17780499842                 |
|                                                                     |                                         | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) |                                        |                                     | <input type="checkbox"/> NO |

|                             |               |                    |                                     |            |                                     |         |            |
|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------|------------|
| Nº del contrato:            | 5961393/2024  | Nº Compromiso SIIF |                                     | 34824      |                                     |         |            |
| Valor Total del Contrato    | \$ 33.342.737 | N ° Pago<br>1      | Periodo objeto de pago              |            | Valor Bruto Pago<br>\$ 1.786.218,00 |         |            |
| Saldo Anterior del Contrato | \$ 33.342.737 |                    | Del                                 | 19/02/2024 |                                     | Al      | 29/02/2024 |
| Nuevo Saldo del Contrato    | \$ 31.556.519 |                    | Legalización comisiones del periodo |            |                                     | \$ 0,00 |            |

(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA MODALIDAD Y EL NIVEL DE LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLO

|                                            |                     |                                           |             |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 1.786.218        | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 1.786.218</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 897.389</b>   | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                       | Febrero      | Enero | Base retención en la fuente a título de RENTA | 897.389,00            | TARIFA |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                  | \$ 1.300.000 | \$ 0  | Base retención en la fuente a título de ICA   | 1.415.718,00          |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                       | \$ 162.500   | \$ 0  | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                     | \$ 208.000   | \$ 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                                                             | \$ 6.800     | \$ 0  | Menos Retencion IVA                           | 0,00                  | 15%    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias             | \$ 9.805.208 |       | Reteica - 8299                                | 13.676,00             | 0,966% |
| \$ 446.554                                                        | \$ 119.200   |       | -                                             | 0,00                  |        |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916             | \$ -         |       | -                                             | 0,00                  |        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916 | \$ -         |       | -                                             | 0,00                  |        |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500                       | \$ -         |       | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| 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 \$ 1.506.080                                   | \$ -         |       | Descuentos de Libranza                        | 0,00                  |        |
| Salud hasta \$ 753.040                                            | \$ 93.200    |       | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% \$ 3.098.445                                     | \$ 299.130   |       |                                               |                       |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                | \$ -         |       | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$1.772.542,00</b> |        |

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

Impartir formación complementaria para el programa English for Work.

**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.

ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR  
EL CONTRATISTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p> | <p><u>Autorizo el presente pago.</u><br/>El Supervisor,</p>        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>HERNAN DARIO RUIZ JIMENEZ</b><br/><b>PROFESIONAL G02</b></p> |

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  
ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-01              | 2024-01                            | I             | 23/02/2024               | 73715210        | \$383.600     |     |

| TOTALES SALUD |           |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |           |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 162.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 18        | 2.700                 | 0              | 165.200       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 18        | 3.400                 | 0              | 211.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 6.800                  |                  |       |                        | 6.800                 | 18        | 200                   | 7.000               |                            |                     | 68                | 7.000         | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 165.200       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 211.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 6.800                               | 7.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 377.300                             | 383.600       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                    |        |                  |                    |                            |
|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------|------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                   |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                  | 1094241611        | ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR |        | CALLE 13 # 65-37 | 2222222            | and.avendano.too@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                    | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                    |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                            |
|                     |                   |                                    |        |                  |                    | SI                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 23/02/2024               | 73715210        | \$383.600 |

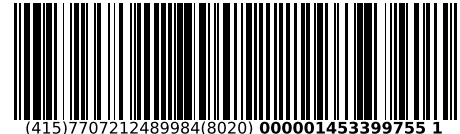
| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |               |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |    |    |     |       |     |     |                   |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|----|-----|-------|-----|-----|-------------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                    |           |         |           |               | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |    |    |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |          |           | CCF        |                      |                      | PARAFISCALES                   |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado             | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT     | SILN | IOE | MA | MA | VAC | AVP   | VCT | IRL | CORRECCIÓN        | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1094241611            | AVENDAÑO VILLAMIZAR ANDRES EDUARDO | 59        | 0       |           | N             |                       |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |    |    |     |       |     |     |                   | 25-14    | 1.300.000 | 208.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.300.000 | 162.500                | 14-11    | 1.300.000 | 1               | 6.800      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14533997551



(415)7707212489984(8020) 000001453399755 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 4 2 4 1 6 1 1

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 9 4 2 4 1 6 1 1

27. Fecha expedición

2 0 0 4, 1 1, 2 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9

Norte de Santander

5 4

30. Ciudad/Municipio

Pamplona

5 1 8

31. Primer apellido

AVENDAÑO

32. Segundo apellido

VILLAMIZAR

33. Primer nombre

ANDRES

34. Otros nombres

EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CL 13 E 65 C 55 CA 09 BRR LA HACIENDA

42. Correo electrónico

and.avendano.too@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 5 3 3 7

45. Teléfono 2

3 1 3 3 0 7 7 3 6 6

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6, 0 8, 1 2

## Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 6, 0 8, 1 2

## Otras actividades

1

2

8 5 2 3

8 2 9 9

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |    |
| 54. Código |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|            | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

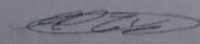
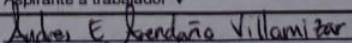
985. Cargo



REVISAVIAE  
LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

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

| FECHA ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                            | Tipo de examen ► |                                                                                                                                                       | Ingreso                 |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Mes               | Año                        | Ciudad ▼         |                                                                                                                                                       | Departamento ▼          |                        |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 02                | 2023                       | Bogota, d.c.     |                                                                                                                                                       | Santa Fe de Bogotá D.C. |                        |
| 1er Apellido ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   | 2do Apellido ▼             |                  | 1er Nombre ▼                                                                                                                                          | 2do Nombre ▼            |                        |
| AVENDAÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | VILLAMIZAR                 |                  | ANDRES                                                                                                                                                | EDUARDO                 |                        |
| Tipo D.I. ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No. Documento ▼   | Expedido en ▼              |                  | Genero ▼                                                                                                                                              | Edad ▼                  |                        |
| CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1094241611        | 2004-11-25                 |                  | M                                                                                                                                                     | 36 Años                 |                        |
| Profesión ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nombre de Cargo ▼ |                            | Empresa ▼        | N.I.T. ▼                                                                                                                                              |                         |                        |
| INSTRUCTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INSTRUCTOR        |                            | Particular       |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Apto Para El Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| RECOMENDACIONES PARTICULARES: Realizar ejercicio cardiovascular periódico –Cumplir con las normas de bioseguridad - Continuar con el uso de la corrección óptica actual, control anual por optometría - Dieta baja en harinas, azúcares y fritos para disminuir peso, realizar ejercicio cardiovascular periódico - Uso de medias de compresión graduada anti varices - Realizar pausas activas durante la jornada laboral - Se indica control diario de cifras tensionales y posterior valoración médica por EPS, en el momento asintomático - OBSERVACIONES: Se practicaron los siguientes exámenes osteomuscular, respiratorio, Glicemia, colesterol total, triglicéridos, cuadro hemático, audiometría, optometría, psicometría encontrándolos dentro de parámetros de normalidad, cardiovascular con leve alteración, asintomático que requiere seguimiento por EPS, por lo anterior se considera Apto para el cargo con las recomendaciones estipuladas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Osteomuscular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   | Optometría                 |                  | Respiratorio                                                                                                                                          |                         | Glicemia               |
| Cardiovascular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Audiometría                |                  | Cuadro Hemático                                                                                                                                       |                         |                        |
| RECOMENDACIONES ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Pausas Saludables Mmii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | Actividad Física Mayor 30' |                  | Control Optometría (ocup)                                                                                                                             |                         | Pausas Saludables Mmss |
| Uso Epp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ► SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica ► SI X NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Cardiovascular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Recomendaciones generales ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSICION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paradiánicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas. Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibido y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas. |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| FIRMAS ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                  |                                                                                                                                                       |                         |                        |
| Médico Ocupacional ▼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                            |                  | Aspirante a trabajador ▼                                                                                                                              |                         |                        |
| <br>Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS<br>RM 113682305<br>Especialista Salud Ocupacional<br>Licencia S.O. 12-0863                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                            |                  | <br>Nombre: ANDRÉS EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR<br>C.C. 1094241611 |                         |                        |
| REVISAVIAE LTDA<br>SALUD OCUPACIONAL<br>7240L<br>REGISTRO MEDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                            |                  | 15 FEB 2023<br>VB. Eduma Silva<br>C.C. 52.011.651<br>Aux. Enfermería                                                                                  |                         |                        |



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANDRES EDUARDO AVENDAÑO VILLAMIZAR** identificado con CC No. **1094241611**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                                    | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI.<br>899999034 | <b>Fecha de afiliación:</b> 08/08/2017<br><b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 24/02/2024<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 19/02/2024<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 14/12/2024<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Clase de Riesgo:</b> 1<br><b>Cargo :</b> INSTRUCTOR |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012707466.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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