SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL CAUCA**
**CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA - EMPRENDE RURAL**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **911310** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **55366-671128** |
| **No. de documento** | **383486** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CAMILO PATINO LOPEZ | **C.C.** | 1.061.716.102 | **IP/Nº de contacto** | 01 |
| **Correo electrónico contratista:** | kmilo_331@hotmail.com | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 0867004756 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200** | | | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3356769/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **49622** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.670.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 36.670.000 | **1** | **Del** | **15/03/2022** | **Al** | **31/03/2022** | **$ 1.930.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 34.740.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor de emprendimiento y apoyo a la gestiòn del emprendimiento rural en la modalidad presencial y virtual enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende RURAL SER

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.930.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 1.930.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.233.750** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **certificados** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.000.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 125.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 10.500 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ - | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 411.250 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.233.750,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.645.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 300 | 3.290,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 1.926.710,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

proceso de inducción centro agropecuario. fechas 15,16,17,18,22 40 horoas
concertación de fichas de formación, BELALCAZAR Y ZONA FRANCA FECHAS 24,25,28,29,30 40 HORAS
TOTAL DE HORAS MARZO 80

**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.

**CAMILO PATINO LOPEZ**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**JOSE ALIRIO COBO LEMOS**
**INSTRUCTOR**

**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**

**ANDRESS COLLAZOS ROBLES**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14816018595

(415)7707212489984(8020) 000001481601859 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 6 1 7 1 6 1 0 2 | 1 | Impuestos y Aduanas de Popayán | 1 7 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 1 7 1 6 1 0 2 | 2 0 0 7 0 2 1 5 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PATIÑO | LOPEZ | CAMILO | |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

41. Dirección principal: CON VILLA MERCEDES AP 201 D

42. Correo electrónico: kmilo_331@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 8 3 6 4 4 7 3 | 3 2 1 6 2 6 7 9 5 1 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2022 - 03 - 03 / 08 : 30: 48

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: PATIÑO LOPEZ CAMILO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 03-03-2022 08:30:54AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# NUEVA EPS S.A

## Certifica...

189 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos Cotizante Cabeza de Familia...**

**CC 1061716102 CAMILO PATIÑO LOPEZ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A** | Mas de 26 | | |
| **Fecha Afiliación** | 01/02/2014 | **Estado Cotizante** | ACTIVO |
| **Fecha Ultimo Periodo Cotizado.** | 01/12/2021 | **Causal** | ACTIVO-NUEVO DEC 2353 |
| **Fecha Cancelación.** | 00/00/0000 | | |

**Beneficiarios**

La presente certificación se expide el día 2 de Marzo de 2022 a solicitud del interesado.

**Observaciones**

**ANGELLY TAFURT CARDONA**
**ASESOR COMERCIAL**

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

## CERTIFICA QUE:

**CAMILO PATIÑO LOPEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.716.102**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/03/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

### DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 25283102 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 8-64 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | accidentalidadsst@sena.edu.co | | | | |
| **Teléfono:** | 5978250 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC. | | | | |

### DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 25283102 | SANDRA MANUELA MUÑOZ GARCIA |

### DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2229 | 18/03/2022 | CC 1061716102 | PATIÑO LOPEZ CAMILO | 2 | 1.044 | **Independiente** |

### OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

62A63D5D8A458FA8B63C774BD1DC7328 Certificado impreso el día 3/17/2022 1:48:38 PM por el portal de empresas Edesk

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
www.positiva.gov.co
POSITIVA
CAMILO
PATIÑO LOPEZ
1061716102
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034
Este carné es personal e intransferible.

Martín Alonso Ruiz Orozco
Médico y Cirujano
Magisterio Salud Ocupacional

## VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

Popayán, marzo 17de 2021

| APELLIDOS | NOMBRES |
|---|---|
| **PATIÑO LÓPEZ** | **CAMILO** |
| IDENTIFICACION<br>**C.C. 1.061.716.102** | EDAD<br>**32** años |
| CARGO:<br>**INSTRUCTOR** | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA:<br>**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** | |

Quien aparece aquí registrado ha permitido visualizar su documento de identidad, y tras valorarle clínicamente se concluye:

**CONCEPTO**

**Puede laborar sin restricciones.**

RECOMENDACIONES EN SALUD GENERAL:

1) Estimular la práctica de hábitos de vida saludable.
2) Practicar normas de desinfección al retornar al hogar después de la jornada laboral.

**OBSERVACIONES OCUPACIONALES:** .

1) Asignar los elementos de protección individual adecuados para el control del peligro biológico.
2) Capacitar en el uso adecuado de los elementos de protección individual, incluidas las prácticas de puesta y retiro de éstos.
3) Vigilar el cumplimiento individual y colectivo de los protocolos de seguridad para protección ante el peligro biológico.
4) Estimular la práctica de pausas activas osteomusculares, visuales y de la voz.
5) Vigilar peligros biológico, ergonómico y psicolaboral.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**:
Ninguno

**MARTIN ALONSO RUIZ OROZCO**
L.S.O. 562 del 3 de mayo de 2017

Carrera 17 No. 32N 30 Barrio Campo Bello, Popayán, Cauca, Colombia - Telr. 57 (2) 8363807 – 3108305915
email: prevris@gmail.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | PATIÑO CAMILO | | |
| Cédula: | 1061716102 | Teléfono: | Orden No.: 202103180090 |
| Fecha y Hora de Ingr | 2021-03-18 10:34 | | Edad/Sexo: 25 Años Masculino |
| Fecha de Impresión | 2021-03-18 11:58 | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de referencia |
|---|---|---|---|
| | HEMATOLOGIA | | |
| **HEMOGRAMA TIPO III** | | | |
| LEUCOCITOS | 7.54 | x10^3/ul | 4.50 - 11.00 |
| LINFOCITOS EN NUMERO | 2.31 | x 10^3/ul * | 0.64 - 2.20 |
| MONONOCITOS Y EOSINOFILOS EN NUM | 0.6 | x 10^3/ul | 0.1 - 1.0 |
| GRANULOCITOS EN NUMERO | 4.56 | x 10^3/ul | 1.80 - 7.70 |
| LINFOCITOS % | 30.6 | % | 22.0 - 43.0 |
| MONOCITOS Y EOSINOFILOS % | 8.9 | % | 3.0 - 10.0 |
| GRANULOCITOS % | 60.5 | % | 50.0 - 70.0 |
| HEMOGLOBINA | 14.9 | g/dl | 13.0 - 18.0 |
| GLOBULOS ROJOS | 4.89 | x 10^6/ul | 4.60 - 6.20 |
| HEMATOCRITO | 45.8 | % | 40.0 - 54.0 |
| MCV | 93.7 | fL | 86.0 - 96.0 |
| MCH | 30.4 | pg | 25.0 - 31.0 |
| MCHC | 32.4 | g/dl | 32.0 - 38.0 |
| RDW_CV | 12.5 | % | 10.0 - 15.0 |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 351 | x10^9 | 150 - 400 |
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO | 9.3 | fL | 6.5 - 11.0 |
| | QUIMICA SANGUINEA | | |
| GLUCOSA EN SUERO | 100 | mg/dl | 70 - 105 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | PATIÑO CAMILO | | |
| Cédula: | 1061716102 | Teléfono: | Orden No.: 202103180090 |
| Fecha y Hora de Ingr | 2021-03-18 10:34 | | Edad/Sexo: 25 Años Masculino |
| Fecha de Impresión | 2021-03-18 11:58 | | |

| Examen | Resultado | Unidades | | Valores de referencia |
|---|---|---|---|---|
| | QUIMICA SANGUINEA | | | |
| **PERFIL LIPIDICO** | | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 171 | mg/dl | | 0 - 200 |
| RIESGO MODERADO 200-239<br>RIESGO ALTO >240 | | | | |
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL | 63 | mg/dl | * | 35 - 60 |
| RIESGO ELEVADO MENOR DE 35 mg/dl<br>RIESGO BAJO MAYOR DE 60 mg/dl | | | | |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL | 93 | mg/dl | | 0 - 130 |
| VLDL COLESTEROL | 15 | mg/dl | | 3 - 21 |
| TRIGLICERIDOS | 74 | mg/dl | | 50 - 150 |
| 150-199 mg/dl DUDOSO<br>200-499 mg/dl ALTO<br>> DE 500mg/dl MUY ALTO | | | | |
| INDICE ARTERIAL | 2.71 | | | |

Tecnica:
La interpretación de este examen corresponde exclusivamente al Médico
Bacteriologo MARTHA CECILIA HURTADO RUIZ

CAMILO PATIÑO LOPEZ

CC 1061716102

## Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO PATINO LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061716102 realizó el día 18/03/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo CAMILO PATINO LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061716102 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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