INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA, ITSA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

RICKY JHONSON POLE RAMIREZ

VALOR DEL PAGO: $ 2’300.000

PERIODO A CANCELAR: 01 al 30 de agosto 2022

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN EN EL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES PARA EL APROVECHAMIENTO DE OPORTUNIDADES DE AHORRO DE ELECTRICIDAD Y FUENTES NO CONVENCIONALES DE ENERGÍA PARA EL DESARROLLO DEL TURISMO SOSTENIBLE EN EL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

CONTRATO N° PS 663-2022 No. **CDP**. 622 No. **RP**_ 5022

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: cuenta de Ahorros número 34887252728 de del Banco BANCOLOMBIA

San Andrés Isla, 10 de noviembre de 2022

RICKY POLE RAMÍREZ
1123622689,
San Andrés Isla
rjpole@hotmail.com
3127237181

INSTITUCION UNIVERSITARIA ITSA
Rad: 11542 **Fecha:** 15/11/2022 **Hora:** 16:01:56
Asunto: CUENTA DE COBRO 0663-2022 01-08-2022 / 30-08-2022
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: RICKY JHONSON POLE RAMIREZ
Destino: DILIO JOSE OROZCO GALINDO

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	10	de	noviembre	de	2022

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	PS 663-2022
Tipo de contrato:	Prestación De Servicios
Nombre de Contratista:	Ricky Jhonson Pole Ramírez
Objeto del contrato: prestación de servicios de apoyo a la gestión como asistente de investigación en el proyecto implementación de soluciones para el aprovechamiento de oportunidades de ahorro de electricidad y fuentes no convencionales de energía para el desarrollo del turismo sostenible en el archipiélago de San Andrés y Providencia	

Valor del contrato:	**$4´600.000**			**RP Numero:**	**5022**
Rubro:	**00TI-3902-1000-2021000100048**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos de la Nación**	**Centro de Costo:**	**TI08000**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**01-08-2022**		**Fecha de finalización:**	**30-09-2022**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO					
Adicional al contrato número:					
Tipo de contrato:					
Nombre de Contratista:					
Objeto del contrato:					
Valor del adicional contrato:		**Valor Total Del Contrato**		**RP Numero:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centro de Costo:**	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: $2’300.000	
Periodo al que corresponde el pago:	**01 de 30 de agosto de 2022**

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	12.5%		
Pensión	16%		
ARL			

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	

CONTRATO		PS 663-2022		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	4.600.000	20220058482	$14.000	27-10-2022
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			

Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Yazmin Jimenez Celin		
Por parte del contratista:	Ricky Pole Ramirez		
Lugar donde se realiza la reunión	**En la oficina de vicerrectoría de extensión e investigación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00 AM**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1.Participar en la capacitación que se realizará para la ejecución del levantamiento de la información.	Participe en la capacitación para la ejecución del levantamiento de la información.
2. Asistir a las reuniones de seguimiento que se realizarán presencial (personal INFOTEP) y virtual (personal ITSA).	Asistí a las reuniones tanto virtuales y presenciales que se llevaron a cabo en el INFOTEP.
3. Comprometerse a que, durante la vigencia del presente contrato, no prepararán, reproducirán, distribuirán o intervendrán en la preparación, reproducción, distribución o desarrollo, de información de consumo energético, área construida u otra información presentada en el cuestionario por sí mismo o por medio de terceros y que por su forma y contenido, pueda competir o perjudicar la explotación económica del resultado del estudio objeto del presente contrato.	Me comprometo a no prepararán, reproducirán, distribuirán o intervendrán en la preparación, reproducción, distribución o desarrollo, de información de consumo energético, área construida u otra información presentada en el cuestionario por sí mismo o por medio de terceros y que por su forma y contenido, pueda competir o perjudicar la explotación económica del resultado del estudio objeto del presente contrato.
4. Cumplir en forma eficiente y oportuna con los entregables y tiempos estipulados de los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio.	Me comprometo a cumplir de forma eficiente y oportuna con los entregables y tiempos estipulados de los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio.
5 Desarrollar el levantamiento de información energética y operativa de 100 unidades hoteleras, las actividades y tareas serán acordadas con el supervisor de contrato a través de un cronograma.	Me comprometo a desarrollar el levantamiento de las 100 unidades hoteleras.
6. Asistir a las reuniones convocadas por su supervisor de contrato.	Asistí a las reuniones programadas por el supervisor.
7. Realizar la legalización del contrato y pago de impuestos necesarios, dentro de los (5) días siguientes a la suscripción del mismo.	Realicé el pago de impuesto necesario.
8. Estar al día con la seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente.	Me encuentro al día con la seguridad social.
9. El contratista deberá tener y actualizar la información de su hoja de vida en la Plataforma del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	Mi información se encuentra actualizada en la plataforma del SIGEP.

10.Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.	Realice y anexé el examen médico ocupacional que exige la ley

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					x
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					x
Cumplimiento de la entrega					x
Atención al cliente por parte del contratista					x

Calificación proveedor o contratista: 5.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión		**De**		**de**	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (10)

Diez	días del mes de	noviembre	de	2022

Yazmin Jimenez Celin
SUPERVISOR

Ricky Jhonson Pole Ramirez
CONTRATISTA

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1123622689
NOMBRES Y APELLIDOS	Pole Ramirez,Ricky Jhonson
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Inpendiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pole Ramirez,Ricky Jhonson, a los 18 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Certificado
Bancario

Jueves, 29 de septiembre de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RICKY JHONSON POLE RAMIREZ identificado(a) con CC 1123622689, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	34887252728	2012/08/27	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
JERRY RANKIN

APL: 9211 - HC: 9323
Tel: 3213911647

Empresa Contratante:	INDEPENDIENTE	FECHA:	2022/07/16
Empresa a Laborar:	INDEPENDIENTE		
TIPO DE EXAMEN:	PRE-INGRESO	Edad:	34 Años
NOMBRE:	RICKY JHONSON POLO RAMIREZ	CC:	1123622689
CARGO:	CONTRATISTA	CIUDAD:	SAN ANDRES ISLA

CONCEPTOS GENERALES POR TIPO DE EXAMEN

Examen de PRE-INGRESO

Condición de salud sin restricciones	[X]	Condición de salud con restricción que no interfiere con su cargo	[]	Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo []

1.2 Examen Periódico

Puede continuar laborando	[]	Aplazado	[]	Reasignación de tareas	[]	Temporalidad:	[] Días

1.3 Examen periódico seguimiento de recomendaciones

Puede continuar laborando	[]	Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo	[]	Reasignación de tareas	[]	Temporalidad:	[] Días

1.4 Reintegro / Post - Incapacidad

Reincorporación al Puesto de trabajo	[]	Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo	[]	Reasignación de tareas	[]	Temporalidad:	[] Días

1.5 EGRESO

Realizado[]

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Optometria	Espirometria	Audiometria	Prueba Psicotécnica	Visiometria	Laboratorios	Otros:
[]	[]	[]	[]	[]	[]	

CONCEPTO DE ACUERDO AL ÉNFASIS

Énfasis	Apto	No cumple	Condición de salud con restricción que interfiere con su cargo	Observaciones
Seguridad vial	[]	[]	[]	
Espacios confinados	[]	[]	[]	
[illegible]ras	[]	[]	[]	
[illegible]mentos	[]	[]	[]	
Actividad deportiva	[]	[]	[]	
Brigadista	[]	[]	[]	
Medicamentos	[]	[]	[]	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO [SI]				

RECOMENDACIONES GENERALES

Control Nutricional en su EPS	[]	Control periódico por PyP en su EPS	[]	Remisión a su EPS por medicina General o especializada.	[]
Continuar manejo Médico	[]	Uso de E.P.P. de acuerdo al cargo	[X]	Inicio o continuar actividad fisica minimo 3 veces por semana	[]
Control periódico ocupacional	[X]	Pausas Activas.	[X]		
Habitos de vida saludable	[X]	Ingreso a P.V.E.	[]	Remisión a EPS/ARL:	[]
Posturas Ergonómicas	[X]	Uso de bloqueador Solar	[]	Realización de pruebas complementarias.	[]
Recomendaciones para manejo de cargas.	[X]	Siglas: EPS: Entidad Promotora de salud - PYP: Promoción y Prevención -ARL: Administradora de Riesgos Laborales.			

Observaciones:HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HACER ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE, INSTRUIR EN EL MANEJO DE CARGAS.
Priorizar en los programas de vigilancia, los riesgos definidos en la matriz de la entidad.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: Higiene Postural; estiramientos, Pausas activas	[X]
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: Lavado de manos; BPM (Buenas Prácticas de Manufactura.	[]
VISUAL: Pausas activas visuales, iluminación adecuada en el puesto de trabajo. Educación y prevención en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición.	[]
ALTURAS: Certificación en alturas y Capacitación al personal.	[]
[illegible]L: Reportar alteraciones en la piel, uso de protección en zonas expuestas a agentes irritantes..	[]
[illegible]/IRATORIA: Protección según exposición, Uso de E.P.R. (elementos de protección respiratoria).	[]
BIOLÓGICO: Verificación del esquema de vacunación, Uso de elementos de bioseguridad según riesgos.	[]
OTRO:	[]

RECOMENDACIONES / EMPRESA

SE RECOMIENDA EJERCER LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD REALIZANDO TOMA DE TEMPERATURA Y REDIRECCIONAR AL EMPLEADO A SU EPS SI PRESENTA TEMPERATURA SUPERIOR A 37.8 GRADOS, DESINFECCION DE MANOS CON ALCOHOL LIQUIDO O ALCOHOL GLICERINADO AL 70%, DESINFECCION DE SUELA DE ZAPATOS AL INGRESO DEL AREA DE TRABAJO, SELECCIONAR UN AREA DE INGRESO Y UN AREA DE SALIDA DEL PERSONAL, DISTANCIAMIENTO FISICO MÍNIMO 2 METROS, CAPACITAR A LOS TRABAJADORES EN LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES / TRABAJADOR

RESTRINGIR LAS REUNIONES SOCIALES Y FAMILIARES, MANTENER UN TERMOMETRO EN CASA Y AVISAR A SU EPS EN CASO DE PRESENTAR TEMPERTURA SUPERIOR A 37.8 GRADOS, ALIMENTACION BASADO EN VERDURAS, FRUTAS CITRICAS, TÉ VERDE, INGESTA DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE PROTEINAS Y BAJO CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS Y HARINAS; CONSULTAR AL MÉDICO DE SU EPS SI COMIENZA A TENER FIEBRE, ESCALOFRIOS, DOLOR ARTICULAR, TOS O DOLOR DE GARGANTA; EN CASO DIFICULTAD RESPIRATORIA ACUDIR ALAS URGENCIAS DE SU EPS.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD ES REAL Y QUE PUEDE SER CONSTATADA.

FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL PACIENTE
	[X]
	RICKY JHONSON POLO RAMIREZ
Reg. Médico: 28040/88 Licencia Salud Ocupacional SST 5019	C.C 1123622689

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

San Andrés isla, 01 de agosto 2022

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA ITSA

ciudad.

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [X] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [X]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [X] NO [ ]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [X]

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



RICKY JHNOSON POLE RAMIREZ
1123622689



Martes, 1 de Noviembre de 2022

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20220058482**
Fecha Emisión:	26/10/2022
Identificación:	1123622689
Declarante:	RICKY JHONSON POLE RAMIREZ
Vigencia:	2022
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 4,600,000
Fecha Pago:	27/10/2022
Monto Pagado:	$ 14,000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	CONTRATO No 663-2022
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**