SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	86542-664013

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	EUCLIDES RENTERIA MORENO erenteria@sena.edu.co	C.C.	11.802.222	IP/Nº de contacto	3113796861
Regimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	433030164273
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 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	11368283/2020			Nº Compromiso SIIF	9220		
Valor Total del Contrato	$ 32.850.133	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.850.133	1	Del	19/02/2020	Al	29/02/2020	$ 1.208.533,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.641.600		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.208.533	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 1.208.533	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 628.035	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---	Dcto1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pension 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 $ 1.139.424	$ 120.853	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 209.345	
Retencion en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	628.035,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	958.233,00	
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 - 8551	1.916,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	12.085,00	1,000%
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	**$ 1.194.532,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se continuara con el proceso que venimos realizando para el fortalecimiento y destreza de los aprendices con las actividades, Teóric

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

EUCLIDES RENTERIA MORENO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11802222	
ZÓN SOCIAL:		EUCLIDES RENTERIA MORENO	
IPO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO	
	CALLE 34 N 8-15 TELÉFONO:	6723780	
ITE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
KONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4320725176	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998933623

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 140.500	$ 400	$ 140.900
									$ 140.500	$ 400	$ 140.900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 300	$ 0	$ 109.800	$ 300	$ 0	$ 110.100
												$ 109.800	$ 300	$ 0	$ 110.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.600	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
								$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	S.N. INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
EUCLIDES RENTERIA MORENO EUCLIDES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	11802222	$ 4.600	30	$ 0							

TOTAL	$ 255.700

Certifico que este es el pago del mes de enero del 2020 de mi seguridad social conforme a la ley

Euclides Renteria M.
C.C. 11802222

Escaneado con

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EUCLIDES RENTERIA MORENO identificado(a) con CC 11802222 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/11/2010**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLOMBIA SALUDABLE SEDE QUIBDO**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 08 días del mes de febrero del año 2020.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Escaneado con

Colpensiones

FORMULARIO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

COLPENSIONES
2020_1786808
10/22/2020 08:39:31 AM
QUIBDO
CHOCO - QUIBDO
PQRS
IMAGENES:1
D20201786808

I. PRODUCTO | **II. TIPO DE SOLICITUD**

RPM X BEPS | Petición X Queja Reclamo Sugerencia Felicitación Denuncia

III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO):

Tipo de documento: CC X CD TI CE PA | Número de documento: 11802222 | Sexo: M X F | Nacionalidad: Colombiano

Primer apellido: Renteria | Segundo apellido: Moreno

Primer nombre: Euclides | Segundo nombre:

Dirección Residencia: Urb los lagos Casa 35

Barrio/Vereda/ Corregimiento: Cabi | Ciudad / Municipio: Quibdo | Departamento: Choco

Teléfono: | Celular: 3113796861 | Fax:

Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demas comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electronicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electronico, página web, mensajes móvil). Si | No X

IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, AFIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA):

Familiar del Ciudadano Fallecido | Tercero Autorizado | Aliado | Apoderado | Curador | Empresa | Pública | Privada | Tipo de documento: CC CE TI NIT CD PA | Número de documento:

Razon Social (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA)

Primer apellido: | Segundo apellido:

Primer nombre: | Segundo nombre:

Cargo: | Sucursal: | Dirección de Correspondencia:

Barrio/Vereda/ Corregimiento: | Ciudad / Municipio: | Departamento:

Teléfono: | Celular: | Fax:

Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demas comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electronicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electronico, página web, mensajes móvil). Si | No

V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

Solicito ordenar a quien Corresponda Se actualice mi estado de afiliacion de Activo No Cotizante a Activo Cotizante, ya que estoy al dia en mis pagos.

VI. ANEXOS

1.
2.
3.

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestion, administración, personalización, actualizacion y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, busqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.
2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

E - E - M.

FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE

11802222

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

Cadena s.a.

Escaneado con

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14566787880

(415)7707212489984(8020) 000001456678788 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1180222222	0	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1180222222	19930324

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RENTERIA	MORENO	EUCLIDES	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: URB LOS LAGOS CA 35 BRR CABI

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
sebasremay@hotmail.com		6729403	3113796861

CLASIFICACION

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
7210	20080331	8551	20060102				

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:	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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: 20190601

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 03-02-2020 09:45:38PM

CONSTANCIA DE RECIBIDO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con

CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049753-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.:	256345	**Fecha y hora:**	10/02/2020 07:33:29
Fecha y hora del Exámen:	10/2/2020 07:15:00 (-05)	**Lugar del Exámen:**	quibdó
Tipo certificado:	Ingreso	**Énfasis en:**	Osteomuscular
Nombre Completo:	EUCLIDES RENTERIA MORENO	**Email:**	sebasremay@hotmail.com
Tipo Documento:	CC	**No. de Identificacion:**	11802222
Genero:	Masculino	**Fecha de Nacimiento:**	4/8/1973 (46 años de edad)
Empresa:	SENA CHOCÓ	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Lateralidad:	Diestro		

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico:	Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal	**¿Se recomienda Valoracion por la EPS?:**	SI
Limitaciones o Restricciones:	ninguno	**Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:**	NO
Recomendaciones médicas laborales:	Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo, Dieta hipocalorica y ejercicio regular de acuerdo a su estado fisico	**Recomendaciones médica para el área del trabajo:**	Uso de señales y normas de seguridad, Curso de manejo de la voz y el estrés
Valoracion por Especialista(s):	1. nutricionista	**Recomendacion a la Patologia preexistente:**	1. uso de gafas
Observaciones:	• sin alteraciones osteomusculares		

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Dra. Tatiana S. Posada Zambrano
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Licencia Salud Ocupacional: 27-120
Fundación Universitaria del Área Andina

Nombre: euclides renteria morano
Motivo: Certificado de Aptitud al Cargo
Fecha: 10/02/2020 7:39:59 a. m. (UTC-05:00)
FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
C.C. 11802222

Escaneado con

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EUCLIDES RENTERIA MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11802222 realizó el día 11/03/2020 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 EUCLIDES RENTERIA MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11802222 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 - SENA

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

Escaneado con

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que EUCLIDES RENTERIA MORENO, con Cédula Ciudadanía No. 11802222 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 19/02/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101220331.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 18/02/2020 10:26:02 a. m.
ISCDC: 18/02/2020 10:26:02 a. m.

Escaneado con

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: RENTERIA MORENO EUCLIDES, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 11802222, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-330-30-16427-3, con una antigüedad de DOS (2) año(s).

Se expide en QUIBDO, a los diez (10) días del mes de febrero de 2020, con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
Of. Quibdo - Chocó

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

Escaneado co

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-44-101181338	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
18	02	2020	18	02	2020	00:00	12	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: RENTERIA MORENO, EUCLIDES		IDENTIFICACIÓN: CC: 11.802.222
DIRECCIÓN: CL 34 5 15	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELÉFONO: 6716075

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELÉFONO 6723800
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

amo
Pliza
End
Vig Desde
Vig Hasta
Total Cartera

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	18/02/2020	12/04/2021	$3,285,013.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********3,285,013.30	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

65-44-101181338
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977 DLF004607A

Scanned by CamScanner

Escaneado co

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 19 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NIT	**1025667107**	**MARIANGEL RENTERIA MAYO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

E. R. M.

FIRMA

Nombre: **EUCLIDES RENTERIA MORENO**

C.C. **11.802.222**

Escaneado con

LIBRO 485

LEG

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025667107

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52895475

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina NOTARIA CUARTA DE MEDELLIN

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 04 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 004

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

COLOMBIA ========== ANTIOQUIA ==========MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RENTERIA==========	MAYO==========

Nombre(s)

MARIANGEL==========

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes MAR Día 02	FEMENINO	======	========

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

COLOMBIA ========== ANTIOQUIA ==========MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO==========	11783080-6=========

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MAYO VALOYES YACIRA DEL CARMEN==========

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 35.602.739 QUIBDO==========	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RENTERIA MORENO EUCLIDES==========

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 11.802.222 QUIBDO==========	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RENTERIA MORENO EUCLIDES==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 11.802.222 QUIBDO==========	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
==========	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
==========	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2 Mes MAR Día 13	DRA. NYDIA M. URIBE VELEZ (E)
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.174.