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-CHOCÓ

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	45361-112690

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MIGUEL ANGEL REALES MENA				
Correo electrónico contratista:	mreales@hotmail.es	C.C.	12.022.042	IP/Nº de contacto	44425
Régimen 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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	53671032469
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:	1379925/2020			Nº Compromiso SIIF	11420	
Valor Total del Contrato	$ 25.600.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.600.000	1	Del	21/02/2020	Al 29/02/2020	$ 960.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.640.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 960.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 960.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 460.275	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		Dect/1273/18			
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente	460.275,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	709.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL	$ 4.600	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		Reteica - 8551	1.419,00	0,200%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		-	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro Utch	9.600,00	1,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 96.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 153.425		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 948.981,00	

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INDUCCIÓN CON LA LÍDER DEL PROGRAMA SOBRE LOS LA POBLACIÓN VICTIMA , LOS CRITERIOS QUE DEBEN DE TENER PARA PERTENECER A ESTA P
TALLER DE FOTO GRAFÍAS: COMO TOMAR FOTOGRAFÍAS DICIENTES, CON BUENOS ÁNGULOS Y BUENOS ENFOQUES
CAPACITACIÓN SOBRE LA MEDIDAS QUE SE DEBEN TENER EN LAS EN LOS MUNICIPIOS CON RELACIÓN A LOS ACTORES ARMADOS.
INDUCCIÓN Y SOCIALIZACION DE LAS SOLICITUDES QUE SE DEBE ATENDER EN CADA MUNICIPIO.

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.

Miguel Angel Reales

MIGUEL ANGEL REALES MENA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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,

Yilse A. Ruiz

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DEL OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad
  - [x] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
			☐	☐		20-07-2020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe la información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X Miguel Angel Recalde
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	PA	CE	CD	SC	
Cantidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

SAN BUQ - ESS
REGIONAL CHOCO
REGIMEN
CONTRIBUTIVO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Salud Total - Preferencial 4521

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
001	13-02-2020

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) — A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Reales	Mena	Miguel	Angel

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1202784317		28-05-1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
5			

15. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización-IBC
Positiva	Porvenir	1.120.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
B/ las Mercedes	6706813	3127781693	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Bucaramanga			Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo E	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
S		

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MIGUEL ANGEL REALES MENA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **12022042,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/04/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14527957214

(415)7707212489984(8020) 000001452795721 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 0 2 2 0 4 2	8	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 1 3	1 2 0 2 2 0 4 2	2 0 0 2 1 1 1 4

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REALES	MENA	MIGUEL	ANGEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CR 19 12 21

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
mreales@hotmail.es		6 7 0 8 8 1 3	3 1 2 2 2 8 1 6 9 3

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
8 5 2 1	2 0 0 9 0 9 1 8	8 5 5 1	2 0 1 7 0 6 1 3	8 2 9 9		2 3 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 9 0 5 2 3

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CONTROLADA
DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Fecha de Impresión
16/03/2020

Sesatrab S.A.S
"PORQUE TU SEGURIDAD, SALUD Y TRABAJO VAN DE LA MANO"

NIT. 901194281-3

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA DEL EXAMEN			CIUDAD DEL EXAMEN	TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL	ENFASIS EN:
DIA	MES	AÑO			
13	febrero	2020	Quibdó	EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO	OSTEOMUSCULAR

EMPRESA DONDE LABORA O LABORARA	NIT	EPS	ARL	Nº HISTORIA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	899999034-1			48.063

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

Apellidos y Nombres:	Doc Identificación:	Edad:	Genero:
MIGUEL ANGEL REALES MENA	CC 12022042	37 Años	Hombre
	Teléfono: 3122281693	Cargo: INSTRUCTOR	

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO SIN RESTRICCIONES**

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

NO APLICA

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES AUDITIVAS

(*) Uso de protección auditiva en exposición al ruido

RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS

(*) Higiene postural

(*) Evitar permanecer mas de 1 hora en la misma posición

(*) Manipular carga desde el piso hasta 25kg o 50kg sobre hombros y espalda desde su propia altura

RECOMENDACIONES METABÓLICAS

(*) Fortalecimiento muscular

(*) Actividad Fisica Regular

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

(*) Uso de elementos de protección personal

(*) Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar

(*) Realizar Pausas Activas cada dos horas con duración de 5 minutos

(*) REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE LA VOZ

(*) AL COMENZAR LABOR HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS

(*) TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CLIMA MIENTRAS LABORA

(*) NO CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES

(*) NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA; NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS

RECOMENDACIONES RESPIRATORIAS

(*) Uso de protección respiratoria en exposición a olores fuertes y material particulado

RECOMENDACIONES VISUALES

(*) Control Visiometria anual

Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) Igualmente autorizo expresamente, para que informe al médico de Salud ocupacional sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita copia de la evaluación médica ocupacional, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

FARITH C. MURILLO CASTAÑO
MEDICO
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 27-0244 - Lic. 5.037-211

Miguel Angel Reales Mena
12 022 042

Dariento

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MIGUEL ANGEL REALES MENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12022042 realizó el día 16/03/2020 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 MIGUEL ANGEL REALES MENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12022042 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.

Miguel Angel Reales

Firma

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

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 MIGUEL ANGEL REALES MENA, con Cédula Ciudadanía No. 12022042 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 21/02/2020 y fecha fin de contrato 18/10/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101259740.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 16 de Marzo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MIGUEL ANGEL REALES MENA identificado(a) con CC 12022042, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	53671032469	2017/01/19	CXC PENDIENTES

*** 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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Corporte Estrategia Canal Telefónico

Es el

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2019

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401166482

PÓLIZA No: 540 - 47 - 994000010991 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
20	02	2020	20	02	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: MIGUEL ANGEL REALES MENA IDENTIFICACIÓN: CC 12.022.042

DIRECCIÓN: KR 19 12 21 LAS MERCEDES CIUDAD: QUIBDO, CHOCO TELÉFONO: 2218097

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	18/02/2020	18/02/2021	2,560,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PPCNTR.1379925 DE FECHA 18-02-2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA PARA POBLACION DESPLAZADA EN EL PROGRAMA DE DEPORTES EN EL CRNIB.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****2,560,000.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA	9165	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000540116648

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CBDC20790E09FA7A57

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

FM-ADM-11-14

CERTIFICACION DEPENDIENTES

QUIBDO, 16 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	**1078457494**	**MIGUEL ANGEL REALES CORDOBA**	HIJO
NIT	**1078469598**	**TAYMI LISETH REALES MOSQUERA**	HIJA

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

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

Cordialmente,

Miguel Angel Reales
FIRMA

Nombre: Miguel Ángel Reales Mena

C.C.12 022 042

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1078469598

Indicativo Serial 58014021

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 9 H

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
REALES	MOSQUERA

Nombre(s)

TAYMI LISETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes DIC Día 11	Femenino	O	+

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14304392-3

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

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA POLANIA TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 1077424163 De QUIBDO	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos

REALES MENA MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 12022042 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REALES MENA MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 12022042 DE QUIBDO	Miguel Reales Mena

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes ENE Día 09	GLADYS LEMOS LOZANO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078457494

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35563434

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina — junio 07/05

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3111

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
REALES	CORDOBA

Nombres: MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes JUN Día 04	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN

Tipo de documento antecedente o Declaración	Número consecutivo
CERTIFICADO MEDICO	A 6469746

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORDOBA CORDOBA ANA SUGEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 1.077.420.648 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: REALES MENA MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 12022042 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: REALES MENA MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 12022042 DE QUIBDO	Miguel Angel Reales

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes JUN Día 07	BASILISA PALACIOS GARCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA — BASILISA PALACIOS GARCIA — CIRCULO DE QUIBDO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -