

Contratación

 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	77550-791144

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	JEN HENRY GUAGUA RIOS	C.C.	11.802.985	IP/Nº de contacto
Correo electrónico contratista:	jhguagua@misena.edu.co			
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta
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:	1432286/2020	Nº Compromiso SIIF	25520	
Valor Total del Contrato	\$ 25.600.000	Nº Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 25.600.000	Periodo objeto de pago	Del 17/03/2020	Al 31/03/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 24.106.667	Comisiones	\$ 0,00	
Valor Bruto Pago	\$ 1.493.333,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.493.333	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.493.333	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 932.275			

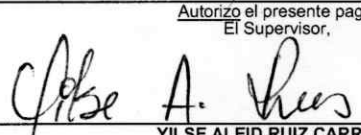
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	932.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.243.033,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 9.200	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Releica - 8551	2.486,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Pro Utc	14.933,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 1.475.914,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 310.758	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante la presente vigencia se desarrollaron las siguientes actividades
 Reunion con el representante legal del consejo comunitario de Villaconton municipio de Rio Quito, con el proposito de tener
 Acercamiento, la consecucion de aprendices pertenecientes a poblacion victima del conflicto, residentes en dicho municipio
 Registro de aprendices en la plataforma sofia plus y seleccion de aprendices de acuerdo a los criterios establecidos por el programa.
 Elaboracion de programacion a desarrollar durante el presente mes,
 Induccion sobre el programa atencion a poblacion victima e iniciacion de la formacion teniendo en cuenta el componente teorico practico.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli 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 disminucion 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.	 JEN HENRY GUAGUA RIOS 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 periodo 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 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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

gente cuidando gente

[The page contains faint, illegible horizontal lines, likely representing a blank or heavily faded document.]

1. The first part of the document is a list of names and their corresponding addresses. The names are listed in a column on the left, and the addresses are listed in a column on the right. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

* 0 1 B 1 3 5 7 1 6 8 3 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. DATOS DEL TRÁMITE									
1. TIPO DE TRÁMITE									
A. AFILIACIÓN ☒		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN			
B. REPORTE DE NOVEDADES ☐		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒		b) Beneficiario o afiliado adicional ☐		B. Colectiva ☐		C. Contributivo ☐	
								S. Subsidiado ☐	
4. TIPO DE AFILIADO									
CO Cotizante ☒		CF Cabeza de Familia ☐		BE Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐		B. Independiente ☒	
						C. Pensionado ☐		D. Independiente por prestación de servicio ☐	
5. TIPO DE COTIZANTE						CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
						22783		2003 24/03	

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GARCIA		GARCIA		LISOS		JUAN		CARLOS	
7. TIPO DOCUMENTO	R.C. TL	C.E. PA.	C.D.	S.C.	P.E.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO	
	DC					77 802 985	F	1967-02-12	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
		Tipo	F	M	
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			
COFEPENSIONES	877.803	C149 AV. 22 - 32			
Ciudad / Municipio	Quilbo	DEPARTAMENTO	Chocó		
TELÉFONO MÓVIL	3218781110	TELÉFONO Fijo			
		ZONA			
		U.			
		R.			
		LOCALIDAD / COMUNA	Posilita		
		BARRIO			
TELÉFONO MÓVIL	3218781110	CÓDIGO IPS	80349		
		CORREO ELECTRÓNICO	equavar@gmail.com		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR. Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero a) permanentemente del cohabitante):

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
20 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	P.R.	21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
					F	M	22 SEXO
							23. FECHA NASCIMENTO
					DIA	MES	ANO
					CODIGO IPS		

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS						25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NUMERO DE IDENTIDAD		Z/ SEXO		27. FECHA DE NACIMIENTO		28. ENTIA		29. USUARIO/PAISADO		Condición				
						F	M	DIA	MES	ANO			Tipo									
1							CN RC	T	CC	CE	PI	SC	PE					☐ F.	☐ M.	☐ M.	☐ T.	☐ P.
2							CN RC	T	CC	CE	PI	SC	PE					☐ F.	☐ M.	☐ M.	☐ T.	☐ P.
3							CN RC	T	CC	CE	PI	SC	PE					☐ F.	☐ M.	☐ M.	☐ T.	☐ P.
4							CN RC	T	CC	CE	PI	SC	PE					☐ F.	☐ M.	☐ M.	☐ T.	☐ P.
32. DATOS DE RESIDENCIA																						
Ciudad / Mpio.	Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre y código de la IPS		EXCEPCION DEL TRASLADO COSETELIA GEOGRAFICA		CURA, LLENTA GRUPO FAMILIAR		SERVICO MAYORADO POR SIS		NIVEL DE SISTEMEN		GRUPO PAGADONAL	
1			☐ R. ☐ U.																☐ I. ☐ II.			
2			☐ R. ☐ U.																☐ I. ☐ II.			
3			☐ R. ☐ U.																☐ I. ☐ II.			
4			☐ R. ☐ U.																☐ I. ☐ II.			

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
K. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL, O DE OFICIO				

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Ben Henry	C.C.C.E.P.A.I.C.D. N.I.P.E.	11.8021785	001	Previdencia
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	Código Municipio	TELEFONO FIJO		
cra 9 N. 22	332	327899110		
FECHA INICIO DE RELACION LABORAL	CARGO	SALARIO		
01/01/2000	INDEPENDIENTE	371.803		

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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	☐	☐
13. MOVILIDAD	☐	☐	☐
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	☐	☐	☐
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	☐	☐	☐
14. TRASLADO	☐	☐	☐
A) MISMO RÉGIMEN	☐	☐	☐
B) DIFERENTE RÉGIMEN	☐	☐	☐
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	☐	☐	☐
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESSANTE	☐	☐	☐
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	☐	☐	☐
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 APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	TI	C.C	C.E	P.A.	C.D	S.C	P.E	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
42. FECHA (a partir de)		DÍA		MES		AÑO		43. EPS ANTERIOR Código					
44. EXERCICION DEL TRASLADO		COSTERAL ☐		UNIFICACIÓN ☐		GRUPO FAMILIAR ☐		CUMPLEMTO ☐		SERVICIO ☐			
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES		DÍA		MES		AÑO							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de conveniencia: Declaro que convivo con ella(la) Señora() _____ del mes _____ del año 2019. Identificado(a) con _____ No. _____
 desde el día _____ del mes _____ del año 2019.

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y aliados adicionales: Declaro Bajo la gravedad de Juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐
 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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐
 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados 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 aliados 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 vigentes 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 aliados 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 información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

54. Firma de colizante, cabeza de familia o beneficiario		55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficina y/o independiente por prestación de servicio	
Se anexó copia del documento de identidad:	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO
Cantidad:	☐ 0 ☐ 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 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29
Total	<input type="text"/>		

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad:	CN	HC	ETU	CC	PA	SA	CD	SC	PE	Total
	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	<input type="text" value=""/>

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 la 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 colizante sobre la ausencia de los dos 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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>
		Nivel <input type="text"/>	
		DÍA	MES
		ANO	
		DÍA	MES
		ANO	

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JEN HENRRY GUAGUA RIOS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **11802985**, se encuentra afiliado (a) desde **01/12/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACION HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Nóvedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Alu. tr. Inculación Decreto 1995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/12/2015	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de febrero de 2020.

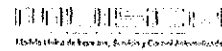


Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14534263641



(415)7707212489984(8020) 000001453426364 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 8 0 2 9 8 5

8. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

(1 8)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 1 8 0 2 9 8 5

27. Fecha expedición:

1 9 9 3 0 8 1 3

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio:

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

GUAGUA

32. Segundo apellido

RIOS

33. Primer nombre

JEN

34. Otros nombres

HENRY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio:

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CR 9 22 32 BRR MEDRANO PRINCIPAL

42. Correo electrónico:

jeguary@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

6 7 1 6 4 8 1

45. Teléfono 2:

3 1 0 8 9 3 6 1 9 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

0 1 6 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 2 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

8 8 5 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 2 0 3

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

1 1 1

52. Número establecimientos

1 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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
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 ☒

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:

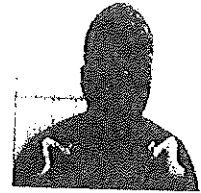
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:



GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S.

900795746



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

JEN HENRRY GUAGUA RIOS

Identificación: CC-11802985 Fecha Nac: 1975-12-19 Edad: 44 Sexo: Masculino
E.P.S: MEDIMAS EPS Empresa: SENA
Cargo INSTRUCTOR Ciudad: Quibdó Historia Nro. 15867
Tipo Examen: Ingreso Con énfasis en: Osteomuscular F: Ingreso - Atención: 2020-02-24 - 2020-02-24 16:52:02

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

- (*) Utilizar una adecuada Higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
- (*) Realizar ejercicio regular acorde con su estado físico y condición de salud. Lo que mejora la resistencia física y previene patologías cardiovasculares, al igual que procurar dieta saludable y espacios de esparcimiento.
- (*) Usar adecuadamente los elementos de protección personal de acuerdo a la exposición laboral
- (*) Dar capacitación en riesgos y cultura del cuidado
- () De acuerdo con la patología preexistente se recomienda:
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, DIETA BAJA EN GRASAS

OTRAS:

IMPLEMENTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS 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
POR NINGÚN MOTIVO DEBE CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES
NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA
NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS
USAR EL NIVEL DE VOZ MÁS BAJO POSIBLE Y POR NINGÚN MOTIVO GRITAR
PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS
MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 KG Ó 50 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA.
USAR SILLA ERGONÓMICA

CONCEPTO: APTO

APTITUD PARA TAREAS ESPECIALES: NO APLICA

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS:

OTROS EXAMENES:

OBSERVACIONES:

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.

Profesional: FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO
Registro Medico: 270264 LIC. S.O. 27211
Especialidad: ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Firma Paciente:
C.C #: 11.802.985



Hace constar:

Que el Sr(a) JEN HENRY GUAGUA RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.180.298.5 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JEN HENRY GUAGUA RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.180.298.5 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

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

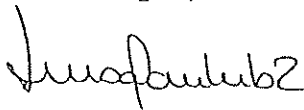
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JEN HENRRY GUAGUA RIOS, con Cédula Ciudadanía No. 11802985 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 17/03/2020 y fecha fin de contrato 09/11/2020 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): 202001013182372.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de marzo de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

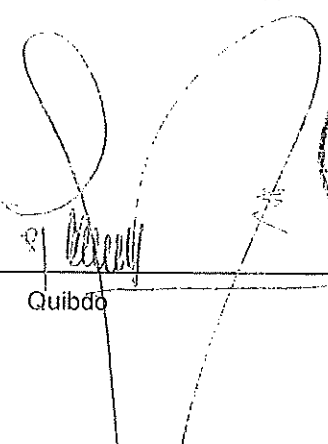
Que JEN HENRRY GUAGUA RIOS identificado con el documento No. 11.802.985

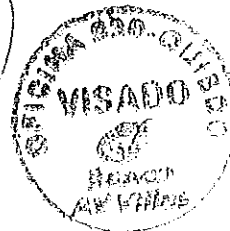
posee en la oficina QUIBDO (530) una cuenta de ahorros

No. 530808554 desde el 14 de Abril de 2009

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Febrero de 2020

Atentamente,


Gerente Oficina Quibdo



Esta certificación tiene un costo de \$ 10.350,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma .

CAP-IM1-119-V1



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.
NIT. 869.009.678-5

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ESTADUALES
MODELO 0001 DE 2018

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
PEREIRA			PEREIRA			55			55-46-101003761			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día: Mes: Año:			Día: Mes: Año:			Horas:			Día: Mes: Año:			Horas:		
16 03 2020			09 03 2020			00:00			09 03 2021			00:00		
Tipo Movimiento:												EMISIÓN ORIGINAL		

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		GUAGUA RIOS JEN HENRRY		Identificación:		11802985	
Dirección:		KRA 9 NO. 22-32		Ciudad:		QUIBDO - CHOCO	
				Teléfono:		6718364	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación:		899999034-1	
Dirección:		KILOMETRO 7 VIA MOSQUERA		Ciudad:		MOSQUERA - CUNDINAMARCA	
				Teléfono:		5462323	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01.PCCNTR.1432286 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACIÓN EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA PARA POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL PROGRAMA AGROPECUARIO EN EL CRNIB.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		09/03/2020	09/03/2021
			Suma Asegurada / Actual:
			\$ 2,560,000.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 2,560,000.00	16/03/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA	194929	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - Teléfono: 5124482 - PEREIRA

Mmsm7

FIRMA TOMADOR



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2165977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.