SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL AMAZONAS
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO PARA LA BIODIVERSID

Código Regional	**91**
Código Centro	**951710**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**85379-871643**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES
Correo electrónico contratista: ceslava@sena.edu.co
C.C. 1.022.375.456 **IP/Nº de contacto** 85819

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 506337658

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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1712056/2020 **Nº Compromiso SIIF** 19420

Valor Total del Contrato	$ 12.441.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.441.600	**1**	**Del**	**23/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 691.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.750.400		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 691.200		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	**$ 691.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 330.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0107848455**	Valor Base retención en la fuente	330.675,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	440.900,00	
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	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
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	$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia	6.912,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 110.225		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 684.288,00**	

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

CONSOLIDACIÓN Y DIVULGACIÓN PARA EL DESARROLLO DE ECCL
APOYO EN EL PROCESO ECCL
AJUSTE DE PROGRAMACIÓN MES A MES PARA EJECUTAR

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

SUSANA DE LAS MERCEDES CORTES FRANCO
PROFESIONAL G01

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

ARTURO ARANGO SANTOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código (Solo aplicable para departamentos y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 13903295

0107848455

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 13 MES APR AÑO 2020

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Estupiñan
SEGUNDO APELLIDO: Cortes
PRIMER NOMBRE: Camilo
SEGUNDO NOMBRE: Andres
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022354556
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 05 MES 06 AÑO 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Condición [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 908.526
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Mz 2 Los Arboledos
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: escocia
CIUDAD / MUNICIPIO: Puerto Inirida
DEPARTAMENTO: Amazonas
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO
CÓDIGO IPS
TELÉFONO MÓVIL: 3165796158
CORREO ELECTRÓNICO: estupiñan6@misena.edu.co

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
CÓDIGO 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	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)
1				F M				F N M T P
2				F M				F N M T P
3				F M				F N M T P
4				F M				F N M T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA (Ciudad / Mpio. – Departamento – Zona R U – Teléfono Fijo – Teléfono Móvil)	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cobertura geográfica	Unificación grupo familiar	Cumplimiento tiempo por cesión	Servicio avalado por SNS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1									
2									
3									
4									

V. 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: CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NI [ ] PE [ ]
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO
CARGO
SALARIO

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 CESANTE [ ]
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 NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cobertura geográfica [ ] Unificación grupo familiar [ ] Cumplimiento tiempo por cesión [ ] Servicio avalado por SNS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración: herramienta de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados 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 impiden 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 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 y 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, 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 información al correo electrónico y/o celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] FA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]
Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de invalidez 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 cotizante sobre la ausencia [illegible]. [ ]
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. [ ]

nueva eps
OF. LETICIA
13 JUL 2020
RECIBIDO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN
Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ]
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES:

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.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14387477131

(415)7707212489984(8020) 000001438747713 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 0 7 6 1 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 3 7 5 4 5 6	2 0 1 0 0 6 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESLAVA	CORTES	CAMILO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MR. MONKEY	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 7 8 36

42. Correo electrónico: labtek5@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 5 0 9 3 4 2	3 1 1 8 1 2 1 3 2 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5 6 1 1	2 0 1 6 0 8 3 1							1

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 2 0																									

20- Obtención NIT

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2016 - 08 - 31

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 MENDEZ FORERO KATHERINE AURORA
985. Cargo Analista II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14387477131

(415)7707212489984(8020) **000001438747713 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 0 7 6 1 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 8 3 1	
77. No. Matrícula mercantil	1 7 6 7 3	
78. Departamento	9 1	
79. Ciudad/Municipio	4 2	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14387477131

(415)7707212489984(8020) **000001438747713 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 0 7 6 1 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Leticia	3 8

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
PADRE 1 7	1 9 9 2 0 6 0 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 1 9 5 1 6 9 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTES	ESPITIA	MARTA	INES

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14387477131

(415)7707212489984(8020) **000001438747713 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 0 7 6 1 4 7	1	Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Expendio a la mesa de comidas preparadas 5 6 1 1

162. Nombre del establecimiento: MR. MONKEY

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

165. Dirección: CL 7 8 36

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 6 7 4	2 0 1 6 0 8 3 1
168. Teléfono: 3 2 2 3 5 0 9 3 4 2	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ENTIDAD	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
SENA	LETICIA	24	01	2020

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR /ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS:(43)	SEXO.	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES	M	27	C.C.	C.E	1022375456

CARGO: INSTRUCTOR - GASTRONOMIA	FECHA DE NACIMIENTO: 05/ 06/ 1992

MOTIVO DE EVALUACION

INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL	PERMANENTE	VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	::::::::::::::::	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	:::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS
EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO	X	EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MA	
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS:

RESTRICCIONES

:::

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONSERVACION VISUAL		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL	
CONSERVACION AUDITIVA		ERGONOMICO		BIOLOGICO	

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTROL PERIODICO POR EPS	X	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		CONTINUAR MANEJO MEDICO	
UTILIZAR EPP	X	EJERCICIO REGULAR	X	MEJORAR HABITOS	X

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

::

VALORACION POR NUTRICIONISTA Y FISIOTERAPEUTA POR EPS. BAJAR DE PESO, CONTROL Y MANEJO DEL RIESGO BIOLOGICO, CONTROL Y MANEJO DEL RIESGO ERGONOMICO (POSTURAS Y MOVIMIETOS) ENFASIS OSTEOMUSCULAR PRESENTA LUMBALGIA MECANICA, LLEVAR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ::

::

NOTA: Se expide la certificación con base a la Historia Médica Ocupacional, la cual es de carácter confidencial (Resol. 2346 del 2007)

TRABAJADOR:

FIRMA:
C.C. N° 1022375456

MEDICO:

FIRMA:
SELLO, RM 97324, LSO 4217 RMA 617

DR. FRANCISCO A. BETANCOURT R.
MEDICO CIRUJANO
R.M. 97324 MINSALUD
ESPECIALISTA S.G.SS.T.
RENOVACION L.S.O 4217 NACIONAL
R. AMAZONAS 617

TRABAJAMOS PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS
CARRERA 8 N°9-36 (Liga Contra el Cáncer)
Franciscobetancourt2014@Gmail.com Celular: 312-5063003
LETICIA-AMAZONAS-COLOMBIA

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022375456 realizó el día 05/08/2020 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 CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022375456 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

POSITIVA

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

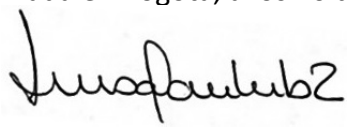
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES, con Cédula Ciudadanía No. 1022375456 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 23/07/2020 y fecha fin de contrato 16/12/2020 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): 20200101870833.

Dada en Bogotá, a los 10 días del mes de agosto de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

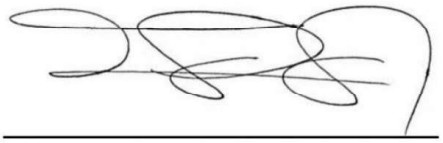
Que nuestro(a) cliente **CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.022.375.456** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 506337658** aperturada el **26 de agosto del 2019,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **14** días del mes de **agosto** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0506337658**
Cuenta de 16 dígitos: **0506000200337658**
Cuenta de 20 dígitos: **00130506000200337658**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3804248353

PÓLIZA No: 380 - 47 - 994000106571 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: KENNEDY — COD AGENCIA: 380 — RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	22	07	2020
FECHA DE IMPRESIÓN	22	07	2020

DATOS DEL APIANZADO

NOMBRE: CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES — IDENTIFICACIÓN: CC 1022.375.456

DIRECCIÓN: CL 12 10 60 — CIUDAD: LETICIA, AMAZONAS — TELÉFONO: 3126823601

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 DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	23/07/2020	23/04/2021	1,244,160.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

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 DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCONTR.1712056, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES, EN LAS ÁREAS CLAVE DE PROCESAMIENTOS DE ALIMENTOS, TURISMO Y AFINES DEL CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL SENA.

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ *****1,244,160.00	$ **********37,359	$*****9,000.00	$ **********0	$ **********46,359

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
OLGA MARIA LOSADA ACOSTA	4765	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

NIT 860.524.654-6
INTERMEDIARIO 4765
FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000079003804248356

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CDD0207C0D0BF47D5A

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 2809 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

FM-AMDI-14

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN

Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa S.A. *Certifica que la póliza de Cumplimiento Numero* ***994000106571*** *expedida por la compañía, fue cancelada la prima por parte del tomador, de acuerdo con lo señalado en el numeral 19 del artículo 25 de l4 ley 80 de 1993, en concordancia con el artículo 7 de la ley 1150 de 2007.*

Tomador: CAMILO ANDRES ESLAVA CORTES.
NIT: 1.022.375.456.
Asegurado: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA.
NIT: 899.999.034-1

Se firma en Bogotá el día 22 de julio del 2020

NIT 860 524 654-6
NUCF SOLIDARIO 4765

Firma Autorizada

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

FM-AMDI-14

Escaneado con CamScanner