

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ</b> |                                                  | <b>Código Regional</b>   | <b>27</b>                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  | <b>Código Centro</b>     | <b>952210</b>                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Septiembre de 2020</b>                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b>                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>07877-607107</b>                                                                           |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        | <b>LEYTON MOSQUERA SANCHEZ</b>                   |                          | <b>C.C.</b>                                                                                   |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        | <b>lmosquera@sena.edu.co</b>                     |                          | <b>IP/N° de contacto</b>                                                                      |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        | <b>NO RESPONSABLE</b>                            |                          | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>NO</b>                                                                                     |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                        | <b>NO</b>                                        |                          | <b>Es declarante de renta?</b>                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>NO</b>                                                                                     |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        | <b>BANCOLOMBIA</b>                               |                          | <b>Es Pensionado?</b>                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>NO</b>                                                                                     |
| <b>Inducción SST</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        | <b>SI</b>                                        |                          | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b>                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>NO</b>                                                                                     |
| <b>Tipo de cta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        | <b>AHORROS</b>                                   |                          | <b>N° Cuenta</b>                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>53619972071</b>                                                                            |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                        | <b>NO</b>                                        |                          | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>NO</b>                                                                                     |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        | <b>N/A</b>                                       |                          |                                                                                               |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                        | <b>N/A</b>                                       |                          |                                                                                               |
| <b>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:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        | <b>N/A</b>                                       |                          |                                                                                               |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>N° del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>1770757/2020</b>                                                                                                    | <b>N° Compromiso SIIF</b>                        | <b>64420</b>             |                                                                                               |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$ 16.697.600</b>                                                                                                   | <b>N ° Pago</b>                                  | <b>1</b>                 | <b>Periodo objeto de pago</b>                                                                 |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$ 16.697.600</b>                                                                                                   | <b>Del</b>                                       | <b>24/08/2020</b>        | <b>Al</b>                                                                                     |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$ 15.584.427</b>                                                                                                   | <b>Comisiones</b>                                | <b>\$ 0,00</b>           | <b>Valor Bruto Pago</b>                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          | <b>\$ 1.113.173,00</b>                                                                        |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>Ingresos por honorarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>\$ 1.113.173</b>                                                                                                    | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b> | <b>0,00%</b>             |                                                                                               |
| <b>Ingresos por comisiones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>\$ 0</b>                                                                                                            | <b>Retención en la Fuente del Periodo</b>        | <b>\$ 0</b>              |                                                                                               |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>\$ 0</b>                                                                                                            | <b>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</b>         | <b>\$ 0</b>              |                                                                                               |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>\$ 1.113.173</b>                                                                                                    | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>            | <b>\$ 0</b>              |                                                                                               |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>\$ 563.667</b>                                                                                                      |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Agosto</b>                                                                                                          | <b>Julio</b>                                     | <b>AFILIACION</b>        |                                                                                               |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>\$ 877.803</b>                                                                                                      | <b>\$ 0</b>                                      |                          | <b>Valor Base retención en la fuente</b>                                                      |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$ 109.800</b>                                                                                                      | <b>\$ 0</b>                                      |                          | <b>Valor Base retención en la fuente ICA</b>                                                  |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>\$ 140.500</b>                                                                                                      | <b>\$ 0</b>                                      |                          | <b>Valor base IVA</b>                                                                         |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>\$ -</b>                                                                                                            | <b>\$ 0</b>                                      |                          | <b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b>                                                                |
| <b>ARL II</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>\$ 9.200</b>                                                                                                        | <b>\$ 0</b>                                      |                          | <b>Menos Retención en la Fuente</b>                                                           |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Menos Retención IVA</b>                                                                    |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Reteica - 8551</b>                                                                         |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Pro Utech</b>                                                                              |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Otras Retenciones</b>                                                                      |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Otras Retenciones</b>                                                                      |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Otras Retenciones</b>                                                                      |
| <b>Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>Descuentos de Libranza</b>                                                                 |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.139.424</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>\$ 111.317</b>                                                                                                      |                                                  |                          | <b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b>                                                       |
| <b>Salud hasta \$ 569.712</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          | <b>VALOR A PAGAR</b>                                                                          |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.545.680</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>\$ 187.889</b>                                                                                                      |                                                  |                          | <b>\$ 1.100.315,00</b>                                                                        |
| <b>Retención en la Fuente Contingente \$ -</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>\$ -</b>                                                                                                            |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>SON: UN MILLÓN CIENTO MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <p>Durante los días correspondientes mes de agosto de los cursante, se realizaron las siguientes actividades.</p> <p>Participe en la elaboración del proyecto formativo.</p> <p>Realice el registro de los aprendices en el aplicativo Sofía plus para facilitar la creación de la ficha</p> <p>Elabore las diferentes guías de aprendizajes</p> <p>Elabore la planeación pedagógica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <p>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.</p> |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>LEYTON MOSQUERA SANCHEZ EL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>                                                                      |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <b>YILSE ALEID RUIZ CARRILLO INSTRUCTOR G13</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |
| <p><b>JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA</b></p> <p><b>DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                  |                          |                                                                                               |



# RADICADO

Nº 26740538

Fecha de Radicación

0 1 0 8 2 0 2 0

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran en el formulario de radicación)

|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                             |  |                                                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Tipo de Trámite                                                                                                                      |  | 2. Tipo de Afiliación                                                                                                                       |  | 3. Régimen                                                                                 |  |
| A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>                                      |  | A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> |  | C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Tipo de Afiliado                                                                                                                     |  | 5. Tipo de Cotizante                                                                                                                        |  | Código (a registrar por la EPS)                                                            |  |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> |  | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>         |  | 03                                                                                         |  |

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

|                        |  |                                |  |                                      |  |                                                                                 |  |                         |  |
|------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 6. Apellidos y nombres |  | 7. Tipo documento de Identidad |  | 8. Número del documento de Identidad |  | 9. Sexo                                                                         |  | 10. Fecha de nacimiento |  |
| MOSQUERA               |  | CC                             |  | 11936406                             |  | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |  | 2 4 0 5 1 9 7 3         |  |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                               |  |                                                                           |  |                                      |  |                                 |  |
|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| 11. Etnia                                     |  | 12. Discapacidad                                                          |  | 13. Puntaje SISBÉN                   |  | 14. Grupo de población especial |  |
| 06                                            |  | Tipo F N M Condición T P                                                  |  |                                      |  | 00                              |  |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |  | 16. Administradora de Pensiones                                           |  | 17. Ingreso base de Cotización - IBC |  |                                 |  |
| POSITIVA S.A.                                 |  | 081 / ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE P                                      |  | 877,803                              |  |                                 |  |
| 18. Residencia                                |  | 3113337991                                                                |  | 3207174751                           |  | leytonmosquera406@hotmail.com   |  |
| CR 27E 23-109 BARRIO ZON                      |  | Teléfono fijo                                                             |  | Teléfono Celular                     |  | Correo electrónico              |  |
| 27001 / QUIBDO                                |  | Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |  | 27 / CHOCO                           |  | Departamento                    |  |
| Municipio/Distrito                            |  | Zona                                                                      |  | Localidad/Comuna                     |  |                                 |  |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| 19. Apellidos y nombres               |  |  |  |
| 20. Tipo de documento de identidad    |  |  |  |
| 21. Número del documento de identidad |  |  |  |
| 22. Sexo                              |  |  |  |
| 23. Fecha de Nacimiento               |  |  |  |

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

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| 24. Apellidos y nombres               |  |  |  |
| 25. Tipo de documento de identidad    |  |  |  |
| 26. Número del documento de identidad |  |  |  |
| 27. Sexo                              |  |  |  |
| 28. Fecha de nacimiento               |  |  |  |

Datos complementarios

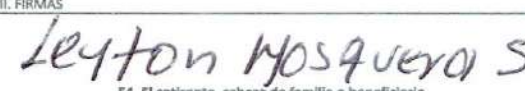
|                         |  |                                                                     |  |                          |  |
|-------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 29. Parentescos         |  | 30. Etnia                                                           |  | 31. Discapacidad         |  |
|                         |  |                                                                     |  | Tipo Condición           |  |
|                         |  |                                                                     |  | F N M T P                |  |
| 32. Datos de residencia |  | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |  |                          |  |
| Municipio/Distrito      |  | Zona Urbana Rural                                                   |  | Departamento             |  |
|                         |  |                                                                     |  | Telefonofijo y/o Celular |  |
|                         |  |                                                                     |  |                          |  |
|                         |  |                                                                     |  |                          |  |
|                         |  |                                                                     |  |                          |  |

Selección de la IPS Primaria

|                                                                         |  |                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| 34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS |  | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |  |
| C P. P. R. SANTA SOFIA DE ASIS                                          |  | 30400641 30400641                         |  |
| B                                                                       |  |                                           |  |
| B                                                                       |  |                                           |  |
| B                                                                       |  |                                           |  |

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

|                           |  |                                         |  |                                            |  |                                                                       |  |
|---------------------------|--|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 35. Nombre o razón social |  | 36. Tipo de documento de identificación |  | 37. Número del documento de identificación |  | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |  |
| LEYTON MOSQUERA SANCHEZ   |  | CC                                      |  | 11936406                                   |  | 02                                                                    |  |
| 39. Ubicación             |  | leytonmosquera406@hotmail.com           |  | QUIBDO                                     |  | CHOCO                                                                 |  |
| Dirección                 |  | Teléfono                                |  | Municipio/Distrito                         |  | Departamento                                                          |  |

| B. REPORTE DE NOVEDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>40. Tipo de Novedad</b><br><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS<br>Código: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS<br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar<br><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |     | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo<br><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado<br><input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo régimen<br><input type="checkbox"/> B. Diferente régimen<br><input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado |
| <b>VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD</b><br><b>41. Datos básicos de identificación</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Tipo documento de identidad: <input type="text"/><br/> Número documento de identidad: <input type="text"/> </div> <div> Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br/> Fecha de nacimiento: <input type="text"/> </div> <div> <b>42. Fecha</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>43. EPS anterior</b><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>44. Motivo de traslado</b><br>Código: <input type="text"/> |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</b><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b><br><input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales<br><input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios<br><input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de los Servicios de Salud<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>VIII. FIRMAS</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <br/> <b>54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario</b> </div> <div style="width: 50%;"> <b>55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio</b> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>IX. ANEXOS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad:<br>Cantidad: <input type="text"/> CN <input type="text"/> RC <input type="text"/> TI <input type="text"/> CC <input type="text"/> PA <input type="text"/> CE <input type="text"/> CD <input type="text"/> SC <input type="text"/> Total: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente<br><input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor<br><input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia<br><input type="checkbox"/> 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 dos padres<br><input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud<br><input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas<br><input type="checkbox"/> 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                                                                                                               |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>66. Identificación de la entidad territorial</b><br/> Codigo del municipio: <input type="text"/><br/> Código del departamento: <input type="text"/> </div> <div> <b>67. Datos del SISBÉN</b><br/> Número de ficha: <input type="text"/><br/> Puntaje: <input type="text"/><br/> Nivel: <input type="text"/> </div> <div> <b>68. Fecha de radicación</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> <b>69. Fecha de validación</b><br/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>70. Datos del funcionario que realiza la validación</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Primer apellido: <input type="text"/><br/> Segundo apellido: <input type="text"/><br/> Tipo documento de identidad: <input type="text"/><br/> Número documento de identidad: <input type="text"/> </div> <div> Primer nombre: <input type="text"/><br/> Segundo nombre: <input type="text"/><br/> <b>71. Firma del funcionario</b><br/> <input type="text"/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Observaciones: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | SI                                                            | NO  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ( )                                                           | ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ( )                                                           | ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ( )                                                           | ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ( )                                                           | ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEYTON MOSQUERA SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11936406**, se encuentra afiliado/a desde **03/10/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de julio de 2020.



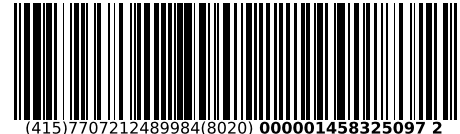
**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**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.

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14583250972



(415)7707212489984(8020) 000001458325097 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 9 3 6 4 0 6

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

1 8

**IDENTIFICACIÓN**

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 9 3 6 4 0 6

27. Fecha expedición

1 9 9 1, 0 8, 2 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Condoto

2 0 5

31. Primer apellido

MOSQUERA

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

LEYTON

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CR 27 C 25 109 BRR JARDIN

42. Correo electrónico

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 7 3 2 6 1 6

45. Teléfono 2

3 1 3 7 4 6 4 2 3 4

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 0 4, 2 2

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 2

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

54. Código

**Exportadores**

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 06 - 04

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

**Dr Erick Alberto Zuñiga Andrade**  
codigo de habilitacion 11802148      Nit: 11802148  
Direccion: Cra 5 N° 25 60 Barrio alameda centro Telefono: 6725517.  
**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL:**



Folio No: 1887

**PACIENTE:** MOSQUERA SANCHEZ LEYTON  
**IDENTIFICACION:** CC11936406  
**No HISTORIA:** 11936406  
**EMPRESA:** PARTICULAR.  
**DIAGNOSTICO:** .

**E.CIVIL:** Union Libre  
**EDAD:** 47 Años 2 Meses  
**SEXO:** Masculino  
**FEC. NAC:** 24/05/1973

No Admision: 0

**FECHA ATENCION:** 28/07/2020 04:37

**TELEFONO:** 3207174751

**MUNICIPIO:** CONDOTO. (Cho)

**DIRECCION:** ZONA MINERA SECTOR PRIMAVERA

**INFORMACION GENERAL:**

EMPRESA: . . . . . SENA  
CARGO: . . . . . INSTRUCTOR  
TIPO DE EXAMEN: . . . . . INGRESO  
CONCEPTO DE APTITUD: . . . . . APTO PARA EL CARGO

**EXAMENES REALIZADOS:**

OSTEOMUSCULAR: . . . . . X  
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: . . . . . X

**RECOMENDACIONES:**

DE ACUERDO CON EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y CONSIDERANDO LOS POSIBLES RIESGO , SE DAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE LABORAR BAJO LOS PROTOCOLOS DE DE SEGURIDAD SEGÚN RESOLUCION 666 DE 2020

IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS.  
DISEÑO ERGONÓMICO DEL PUESTO DE TRABAJO.  
REALIZAR LAS TAREAS EVITANDO LAS POSTURAS INCÓMODAS DEL CUERPO.  
REDUCIR LA FUERZA QUE SE EMPLEA EN CIERTAS TAREAS.  
MEJORAR TÉCNICAS DE TRABAJO.  
APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS SEGUROS.  
LAVADOS DE SUPERFICIES  
CONSULTAR A URGENCIA EN CASOS DE SINTOMAS RESPIRATORIOS GRAVES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA  
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL  
AISLAMIENTO SOCIAL  
LAVADO DE MANOS POR 40 SEGUNDOS  
AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL X 5 DIAS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

PATOLOGIAS ENCONTRADAS: 1. CIFRAS ELEVADAS DE LA TENSION ARTERIAL

PARACLINICOS SOLICITADOS: NINGUNO

*Dr. Erick Alberto Zuñiga Andrade*  
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Resolución 10058 11/09/2018

*Leyton Mosquera S.*

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| <b>MEDICO:</b>       | ZUÑIGA ANDRADE ERICK ALBERTO        |
| <b>ESPECIALIDAD:</b> | Esp Seguridad y Salud en el Trabajo |
| <b>REG MEDICO:</b>   | 10658 11092018                      |



### Hace constar:

Que el Sr(a) LEYTON MOSQUERA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11936406 realizó el día 16/09/2020 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 LEYTON MOSQUERA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11936406 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.

Leyton Mosquera S.  
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**

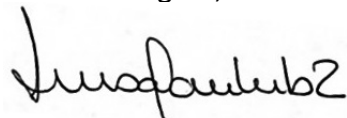
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LEYTON MOSQUERA SANCHEZ, con Cédula Ciudadanía No. 11936406 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 21/08/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001018182390.

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



Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

# Certificado Bancario

Lunes, 28 de Septiembre de 2020

Señores  
SENA REGIONAL CHOCO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEYTON MOSQUERA SANCHEZ identificado(a) con CC 11936406, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 53619972071  | 2014/02/12     | ACTIVA |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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  
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de  
todos



Bancolombia



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                               |                                             |  |                      |                      |                                             |                      |                                     |            |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|--|----------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>MEDELLIN              |                                             |  | SUCURSAL<br>MEDELLIN |                      |                                             | COD.SUC<br>65        | NO.PÓLIZA<br>65-44-101186843        | ANEXO<br>0 |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO<br>19 08 2020 | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO<br>19 08 2020 |  |                      | A LAS HORAS<br>00:00 | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO<br>12 04 2021 | A LAS HORAS<br>23:59 | TIPO MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL |            |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>MOSQUERA SANCHEZ, LEYTON | IDENTIFICACIÓN<br>CC: 11.936.406                        |
| DIRECCIÓN: cucuta                                 | CIUDAD: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER<br>TELÉFONO: 6723470 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:

## OBJETO DEL SEGURO

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

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. 1770757 DE 2020; RELACIONADO CON CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO RURAL Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS                   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---------------------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 19/08/2020     | 12/04/2021     | \$ 1,669,760.00  |

## ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA  | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA              | TOTAL A PAGAR     | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| \$ *****20,000.00 | \$ *****7,000.00  | \$ *****5,130.00 | \$ *****32,130.00 | \$ *****1,669,760.00  | CONTADO      |

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

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

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

65-44-101186843

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 2186977

DLP004607A

1



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

## CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101186843, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en MEDELLIN a los 19 días del mes de AGOSTO de 2020

65-44-101186843

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

## CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó Agosto del 2020

Señores

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

|      |            |                              |      |
|------|------------|------------------------------|------|
| T.I. | 1131044399 | LEYDER ALEXANDER MOSQUERA M. | HIJO |
|------|------------|------------------------------|------|

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,

Leyton Mosquera S.  
FIRMA

Nombre: LEYTON MOSQUERA SANCHEZ.

C.C. 11936406 De Condoto

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

|      |               |                                     |                   |          |
|------|---------------|-------------------------------------|-------------------|----------|
| NUIP | 1.131.044.399 | <b>REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO</b> | Indicativo Serial | 42779205 |
|------|---------------|-------------------------------------|-------------------|----------|

|                                                                           |                                    |                                 |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                        |                                    |                                 |                                    |                                        |
| Registraduría <input type="checkbox"/>                                    | X Notaría <input type="checkbox"/> | Número <input type="checkbox"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> |
| Inspección de Policía <input type="checkbox"/>                            |                                    |                                 | Código                             | B B                                    |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía |                                    |                                 |                                    |                                        |
| REGISTRADURIA DE CERTEGUI - COLOMBIA - CHOCO - CERTEGUI                   |                                    |                                 |                                    |                                        |

|                                                                                      |      |                  |                 |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------|-----------------|-----------|
| Datos del inscrito                                                                   |      |                  |                 |           |
| Primer Apellido                                                                      |      | Segundo Apellido |                 |           |
| MOSQUERA                                                                             |      | MOSQUERA         |                 |           |
| Nombre(s)                                                                            |      |                  |                 |           |
| LEYDER ALEXANDER                                                                     |      |                  |                 |           |
| Fecha de nacimiento                                                                  |      | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
| Año                                                                                  | 2009 | 09 MASCULINO     |                 |           |
| Mes                                                                                  | ENE  |                  |                 |           |
| Día                                                                                  |      |                  |                 |           |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) |      |                  |                 |           |
| COLOMBIA CHOCO CERTEGUI                                                              |      |                  |                 |           |

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| TESTIGOS                                                |                                   |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos de la madre                            |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| MOSQUERA PALACIOS NEIL AMADA                 |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 54.259.353                                | COLOMBIA     |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos del padre                              |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| MOSQUERA SANCHEZ LEYTON                      |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC 11.936.406                                | COLOMBIA     |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos del declarante                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| MOSQUERA SANCHEZ LEYTON                      |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| CC 11.936.406                                |       |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos primer testigo                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| MUNOZ CANTILLO DAIRÓ                         |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| CC 3.886.211                                 |       |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos segundo testigo                        |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| CORDOBA PALACIOS VILMA LUCIA                 |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| CC 54.250.710                                |       |

|                      |                                             |
|----------------------|---------------------------------------------|
| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
| Año 2009 SEP 14      | ZEUDY VICTORIA LOZANO ANDRADE               |
|                      | Nombre y firma                              |

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

|                    |
|--------------------|
| ESPACIO PARA NOTAS |
|--------------------|

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL - R