

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ		Código Regional	27
			Código Centro	952210
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIO			ID de Proceso	54559-678554
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		HAMINTON RAMOS CALLEJAS	C.C.	11.803.097
Correo electrónico contratista:		hramosc@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3136394603
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	NO
			Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	433030120217
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1809007/2020	N° Compromiso SIIF	66820	
Valor Total del Contrato	\$ 10.155.800	N° Pago	1	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.155.800	Del	07/09/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 7.766.200	Comisiones	\$ 0,00	Valor Bruto Pago
\$ 2.389.600,00				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.389.600	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.389.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.408.605			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	1.408.605,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	9410521457		Valor Base retención en la fuente ICA	2.117.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 955.840	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 119.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 153.000	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 5.000	\$ 0	Reteica - 8551	4.234,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Pro Utlch	23.896,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 238.960	VALOR A PAGAR	\$ 2.361.470,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -		
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 469.535		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Seleccionar estrategias enseñanza-aprendizaje-evaluación, según el programa de formación profesional y el enfoque metodológico adoptado Orientar los procesos de enseñanza aprendizaje según las necesidades de evaluación Llevar registro de evidencia de la actividad enseñanza aprendizaje en el portafolio personal, para cuando se requiera. Reportar información académica y administrativa según las responsabilidades institucionales asignadas. Apoyar las charlas informativas con especificaciones de los programas, así como el proceso de inducción de aprendices Evaluar la formación de los aprendices durante el proceso educativo de acuerdo con el manual de evaluación vigente •Reportar 160 horas mes de labores en formación titulada y/o complementaria. Aplicar al proceso de certificación de competencia, según las normas que aplica a la función instruida				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			HAMINTON RAMOS CALLEJAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			MARÍA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS INSTRUCTOR G18	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO				
JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO				

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



COMFACHOCO EPS-S
NIT. 891.600.091 - 8

No. de Radicación

Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Colizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Colizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de colizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) CCFC20

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

6. Apellidos y nombres b Ramos Primer apellido	c Collepis Segundo apellido	d Hamilton Primer nombre	e Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad b CC	8. Número del documento de identidad b 11803097	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento b 21/07/1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia ☐	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN ☐	14. Grupo de población especial ☐
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL b POSITIVO	16. Administradora de Pensiones b Protección	17. Ingreso base de cotización - IBC b 970.000	
18. Residencia b Cra 10A # 25A 07 Dirección	b 6724778 Teléfono fijo	b 3136394603 Teléfono celular	b hamiltonramos@telefonos.com Correo electrónico
b Quibdó Municipio/Distrito	b Zona Urbana ☒ Rural ☐	b Localidad/Comuna	b Chocó Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colizante			
19. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad ☐	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento b

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad	
		27. Sexo Femenino Masculino	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
28. Fecha de nacimiento			
b 			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
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 b Hamilton Ramos Collepis	36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número de documento de identificación 11803097	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación b Cra 10A # 25A 07 Dirección	b 3136394603 Teléfono	b hamiltonramos@telefonos.com Correo electrónico	b Quibdó Municipio/Distrito
			b Chocó Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
☐ 6. Reinscripción en la EPS.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Primer apellido <u>Ramos</u>		Segundo apellido <u>Collejas</u>		Primer nombre <u>Hamilton</u>		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha					
<u>CC</u>	<u>11803097</u>	Femenino ☐ Masculino ☒	<u>28/07/1975</u>	<u>10/02/2020</u>					
43. EPS anterior			44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				
			Código <input type="text"/>						

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
<u>Hamilton Ramos C.</u>	<u>Hamilton Ramos C.</u>

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	<u>02/02/2020</u>		<u>02/02/2020</u>
70. Datos del funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario			
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>		Segundo nombre <input type="text"/>	
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>					
OBSERVACIONES:							

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS CALLEJA HAMINTON** identificado(a) con **CC** número **11.803.097** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de agosto de 2020.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

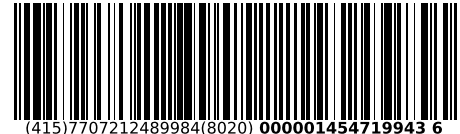
www.proteccion.com

2020082117210

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

4. Número de formulario

14547199436



(415)7707212489984(8020) 000001454719943 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 8 0 3 0 9 7 0

6. DV

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 8 0 3 0 9 7

27. Fecha expedición

1 9 9 3, 0 8, 1 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

RAMOS

32. Segundo apellido

CALLEJA

33. Primer nombre

HAMINTON

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

PANADERIA LA BENDITA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CL 24 7 61

42. Correo electrónico

hamintonramos@hotmail.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 6 3 9 4 6 0 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

3 3 1 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 8, 1 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 29

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:

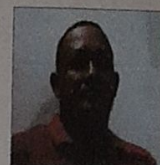
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Dr Erick Alberto Zuñiga Andrade
codigo de habilitacion 11802148 Nit: 11802148
Direccion: Cra 5 N0 25 60 Barrio alameda centro Telefono: 6725517.
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL:



Folio No: 842

PACIENTE: RAMOS CALLEJA HAMINTON
IDENTIFICACION: CC11803097
No HISTORIA: 11803097
EMPRESA: PARTICULAR.
DIAGNOSTICO: .

E.CIVIL: Union Libre
EDAD: 44 Años 6 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 28/07/1975

No Admision: 0
FECHA ATENCION: 05/02/2020 11:27
TELEFONO: 3136394603
MUNICIPIO: QUIBDO. (Cho)
DIRECCION: MARGARITAS

INFORMACION GENERAL:

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE REGIONAL CHOCÓ
CARGO: INSTRUCTOR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
CONCEPTO DE APTITUD: . . APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICION

EXAMENES REALIZADOS:

OSTEOMUSCULAR: X
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: . X

RECOMENDACIONES:

DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL SE RESALTAN LOS RIESGOS POSIBLES Y SE DAN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES O MEDIDAS DE INTERVENCION

RECOMENDACIONES O MEDIDAS DE INTERVENCION
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.
AUTOCUIDADO
DIETA HIPOCALORICA Y REALIZAR EJERCICIOS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

PATOLOGIAS ENCONTRADAS: SOBREPESO

PARACLINICOS SOLICITADOS: NINGUNO

Dr Erick Alberto Zuñiga Andrade
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
Resolución 10668 11/09/2018

MEDICO: ZUÑIGA ANDRADE ERICK ALBERTO
ESPECIALIDAD: Esp Seguridad y Salud en el Trabajo
REG MEDICO: 10658 11092018

Raminton Ramos Callejas
11803097



Hace constar:

Que el Sr(a) HAMINTON RAMOS CALLEJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11803097 realizó el día 09/09/2020 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 HAMINTON RAMOS CALLEJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11803097 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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

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

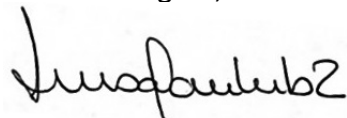
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que HAMINTON RAMOS CALLEJA, con Cédula Ciudadanía No. 11803097 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 04/09/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101939488.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

A QUIEN INTERESE

El Banco Agrario de Colombia certifica que:

RAMOS CALLEJA HAMINTON identificado(a) con CC 11.803.097 se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con una Cuenta de ahorros, número 433030120217 desde 08/03/2016

Se expide esta certificación el día 27/09/2020

BANCO AGRARIO DE COLOMBIA

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
PEREIRA			PEREIRA			55			55-46-101005050			0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:			Vigencia Hasta:			A las:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	
02	09	2020	01	09	2020	00:00	12	04	2021	00:00	Tipo Movimiento:			
												EMISIÓN ORIGINAL		

Nombre o Razón Social:			Dirección:			Ciudad:			Identificación:		
RAMOS CALLEJA HAMINTON			CL 24 7 61			QUIBDO - CHOCO			11803097		
									Teléfono:		
									3136394603		

Nombre o Razón Social:			Dirección:			Ciudad:			Identificación:		
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			CRA 1			QUIBDO - CHOCO			899999034-1		
									Teléfono:		
									67211552		

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: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1809007 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL SENA DURANTE LA VIGENCIA 2020.

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2020	12/04/2021	\$ 1,015,580.00
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 1,015,580.00	02/09/2020

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

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

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

Mmsm?

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

Haminton Ramos
FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977



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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 28 de septiembre de 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NIT	 1.078.467478	YORYS DAELA RAMOS RENTERIA	HIJO
------------	----------------------	-----------------------------------	-------------

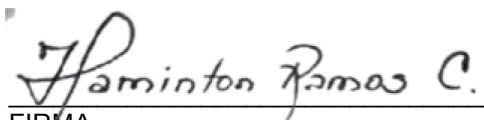
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,


FIRMA

Nombre: HAMINTON RAMOS CALLEJAS

C.C. 11803097 de Quibdó



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

NUIP

1078467478

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55838647

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text" value="02"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	K	9	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -									

Datos del inscrito

Primer Apellido RAMOS				Segundo Apellido RENTERIA										
Nombre(s) YORYS DAELA														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	1	5	Mes	D	I	C	Día	1	8	Femenino	O	+
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 52964950-4
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RENTERIA ORTIZ JHORNNEY OSIRIS	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 26345000 De LLORO	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos RAMOS CALLEJA HAMINTON	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 11803097 De QUIBDO	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RAMOS CALLEJA HAMINTON	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 11803097 DE QUIBDO	Firma <i>Haminton Ramos C.</i>

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número) # XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXX	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número) # XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXX	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año <input type="text" value="2015"/> Mes <input type="text" value="D I C"/> Día <input type="text" value="22"/>	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
	Nombre y firma