SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CHOCÓ**
**CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **27** |
| **Código Centro** | **952210** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **37756-779162** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA
**Correo electrónico contratista:** rcaicedop@sena.edu.co
**C.C.** 11.799.156 **IP/Nº de contacto** 3106051264

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000** NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53641869844

**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

**Nº del contrato:** 1991570/2020 **Nº Compromiso SIIF** **127320**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 3.296.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 3.296.000 | **1** | **Del** | **18/11/2020** | **Al** | **30/11/2020** | **$ 1.428.266,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.867.734 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.428.266 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 878.933 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.307.199** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.087.484** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8346307254** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 211.200 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 165.000 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 13.800 | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ 230.720 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 362.495 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.087.484,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.177.966,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8551 | 2.356,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro Utch | 14.283,00 | 1,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | | |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 1.411.627,00** | |

**SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Preparación de clases de acuerdo a los métodos y procesos de aprendizaje de manera constructiva y apoyada en los cuatro ejes.
Ejecutar acompañamiento directo a los aprendices de formación titulada de salud ocupacional por WhatsApp y correo electrónico.
Retroalimentación de los temas tratados para dar inicio actividades y planeación del horario de trabajo semanal.
Apoyo de actividades de informar y reportar oportunamente los factores de riesgo ocupacional
Apoyo de actividades de realización de la resolución GTC 45 DEL 2012 y levantamiento de la matriz de peligros y valoración de riesgos
Apoyo de la realización de talleres de la matriz de riesgos y valoración de los peligros y determinación de los controles.
Se realiza practica de inspección y levantamiento de la matriz de peligros en la obra de construcción de Corvez pavimentación.

**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.

**RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA**
**INSTRUCTOR**

**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**

# NUEVA EPS S.A
# Certifica

42 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos Cotizante Cabeza de Familia**

**CC 11799156 RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A** | 0 | | |
| **Fecha Afiliación** | 01/09/2019 | **Estado Cotizante** | ACTIVO |
| **Fecha Ultimo Periodo Cotizado** | 01/09/2020 | **Causal** | ACTIVO4 |
| **Fecha Cancelación** | 00/00/0000 | | |

**Beneficiarios**

La presente certificación se expide el día 10 de Noviembre de 2020 a solicitud del interesado.

**Observaciones**

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**LAURA ANDREA GIRALDO BRAN**
**ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE**

Escaneado con CamScanner

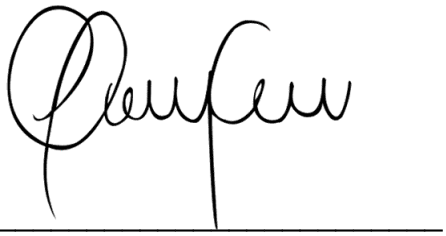
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.799.156**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Noviembre del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

***Tenga en cuenta:***

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a **www.porvenir.com.co** y actualice su Historia Laboral.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14728398911

(415)7707212469984(8020) 000001472839891 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 7 9 9 1 5 6 | 1 | Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 7 9 9 1 5 6 | 1 9 8 9 1 2 1 1 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAICEDO | PADILLA | RUBEN | ISACIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: BRR KENNEDY CR 1 22 00

42. Correo electrónico: ruben652@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 6 0 5 1 2 6 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 0 0 3 1 1 | | | | | 5 1 3 2 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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: 2020 - 12 - 21 / 09 : 03: 45

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: Ruben P

984. Nombre: CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-12-2020 09:04:07AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| PEREIRA | PEREIRA | 55 | 55-46-101005811 | 0 |

| Fecha Expedición: Día: | Mes: | Año: | Vigencia Desde: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Vigencia Hasta: Día: | Mes: | Año: | A las: Horas: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 11 | 2020 | 11 | 11 | 2020 | 00:00 | 12 | 04 | 2021 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: |
|---|---|---|
| CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO | | 11799156 |
| **Dirección:** BRR KENNEDY CR 1 N 22 - 00 | **Ciudad:** QUIBDO - CHOCO | **Teléfono:** 3106051262 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: |
|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | 899999034-1 |
| **Dirección:** CRA 1 N 28 - 71 | **Ciudad:** QUIBDO - CHOCO | **Teléfono:** 3108632475 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN 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.1991570 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACIÓN EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y / O COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CHOCO DURANTE LA VIGENCIA 2020.

**AMPAROS**

**RIESGO:** PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 11/11/2020 | 12/04/2021 | $ 329,600.00 |

**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 | $ 329,600.00 | 18/11/2020 |

| 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 UNICAMENTE 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**

**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

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

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

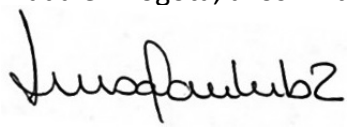
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA, con Cédula Ciudadanía No. 11799156 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 18/11/2020 y fecha fin de contrato 15/12/2020 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): 202001021180011.

Dada en Bogotá, a los 17 días del mes de noviembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11799156 realizó el día 26/11/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA.

Escaneado con CamScanner

**CONCEPTO DE APTITUD POR: EXAMEN DE INGRESO**

Empresa Afiliadora: PARTICULAR

**Nombre:** RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA **No.** CC 11799156

Empresa Usuaria: PARTICULAR Fecha Nac. 26/03/1971 Sexo: M
Edad: 48 años Nro. Hijos: 3 Escolaridad: Universitario
Estado civil: UNION LIBRE Servicio Militar: NO
**Dir:** 27001 BARRIO - LA PRIMERA
**Tel:** 3106051264 -
**Cargo a Desempeñar:** INSTRUCTOR SENA
**Antiguedad en el cargo:** **Antiguedad en la empresa:**
**E.P.S.:** Medimás EPS S.A.S. **ARL:** SIN ARL



**Fecha Atención** 07/02/2020 Fecha Impresión 07/02/2020 Pag. 1

**CONCEPTO DE APTITUD** SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. Realizar el seguimiento definido en el programa de conservación de la voz.
2. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
3. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para realizar las diferentes tareas de su ocupación.
4. Implementar el programa de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.
5. Implementar las siguientes medidas de prevención de patologías de la voz: -Al inicio de la jornada laboral hacer ejercicios de calentamiento de la voz y respiratorios; -Tomar de manera continua pequeños sorbos de agua al clima mientras labora; -Por ningún motivo debe carraspear o fumar o permanecer en ambientes con fumadores; -No exponerse a cambios bruscos de temperatura; -No consumir alimentos muy calientes o muy frios; -Usar el nivel de voz más bajo posible y por ningún motivo gritar.
6. Realizar el seguimiento definido en el programa de Prevención de riesgos psicosociales.
7. Realizar el seguimiento definido en el programa de Prevención de la accidentalidad laboral.
8. Realizar el seguimiento definido en el programa de Prevención de patologías osteomusculares.
9. Realizar el seguimiento definido en el programa de Prevención de riesgos psicosociales.

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN PATOLOGIAS
EJERCICIO CARDIOVASCULAR 300 MIN SEMANALES
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACION OPTOMETRICA ANUAL
SE INDICAN PROGRAMAS DE PYP EN SU EPS
SE ENFATIZA EN PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempenar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.
También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.
CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

07/02/2020
RM 27061
LIC 27045

Firma Medico Especialista
Profesional: ISABEL CRISTINA PALACIOS CUEST Registro: 27061

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son veridicos.

**CONCEPTO DE APTITUD** SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

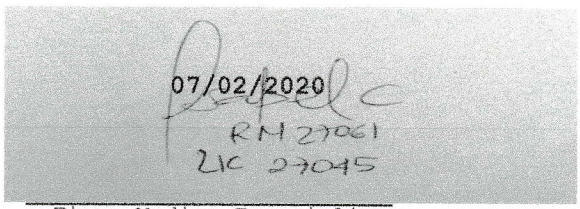
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. Realizar el seguimiento definido en el programa de conservación de la voz....

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas.
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

Anotación :




Firma Medico Especialista

Profesional: ISABEL CRISTINA PALACIOS CUEST Registro: 27061

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son veridicos.

Miércoles, 11 de Noviembre de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA identificado(a) con CC 11799156, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 53641869844 | 2008/05/23 | 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.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Quibdó 1 de noviembre 2020

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **R.C** | **1078003176** | **ELIAN ANDRES CAICEDO PALOMEQUE** | **HIJ0** |
| **T.I.** | **1193222714** | **HEILYN DEL MAR CAICEDO PALOMEQUE** | **HIJA** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA

C.C. 11799156.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

| NUIP | 1078012667 |
|---|---|

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59345478

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduria | | Notaria | X | Número | 01 | Consulado | | Corregimiento | | Inspección de Policía | | Código | K8H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

----- COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ -----

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ----- CAICEDO ----- | PALOMEQUE ----- |

Nombre(s)

----- ELIAN ANDRES -----

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes FEB Día 20 | MASCULINO | A ----- | POSITIVO |

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

----- COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ -----

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| ----- SOLICITUD ESCRITA ANTE EL NOTARIO ----- | ----- |

*Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

----- CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO -----

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ----- CC 11,799,156 ----- | COLOMBIA ----- |

*Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

----- PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL -----

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ----- CC 26,274,378 ----- | COLOMBIA ----- |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

----- PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL -----

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ----- CC 26,274,378 ----- | |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

---

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| --- | --- |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

---

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| --- | --- |

| *Fecha de Inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2013 Mes AGO Día 01 | JORGE IVÁN RÍOS VALENCIA<br>Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

----- EL SERIAL 59345478 SUSTITUYE AL SERIAL [illegible] DE FECHA [illegible]

000.000.000

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1078003176

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 43605713

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 33 0 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA CHOCO QUIBDO

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CAICEDO | PALOMEQUE |

Nombre(s)
HELLYN DEL MAR

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes 09 Día 24 | FEMENINO | | |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 52029685-7 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos
PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 26.274.378 DE QUIBDO | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos
CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 11.799.156 DE QUIBDO | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos
CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 11.799.156 DE QUIBDO | Rubén C |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXX |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXX |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2009 Mes 010 Día 08 | TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO<br>Tito E. Salazar Lozano<br>Notario Primero<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -