



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	76
Código Centro	922810
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	32792-744779

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JHON WILFREDO RAMOS CORREA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.077.875.354	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ramoswill@sena.edu.co	Número de Cuenta:	86800007402
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2025	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9116698/2026	Nº Compromiso SIIF	312526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CESION CTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE EBANISTERÍA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 28.424.982
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 28.424.982
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 23.687.485

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.148.397	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	0	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.148.397,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,000%
	\$ -	\$ 0		0,00	0,000%
	\$ -	\$ 0		0,00	0,000%
	\$ -	\$ 0		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	23.687,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Universidad del Pacifico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 20.687.730	\$ 1.049.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	\$ -		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.713.810,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentación personal y contextualización institucional del SENA.
Impartir inducción general y técnica sobre el uso seguro de maquinaria, herramientas y normatividad de SST.
Socializar la nomenclatura, el lenguaje técnico y las fichas técnicas en el proceso de labrado de la madera y sus derivados.
Orientación teórica y demostración técnica sobre tipos de ensamblajes y uniones.
Asesoría y acompañamiento en la fase de planeación y diseño del proyecto formativo.
Supervisión y desarrollo práctico del proyecto en el ambiente de formación (taller).
Control de asistencia, seguimiento académico y registro de novedades de los aprendices.
Valoración de conocimientos técnicos previos y diagnóstico inicial.
Coordinación, ejecución y cierre de la jornada formativa.

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

**JHON WILFREDO RAMOS CORREA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**MARITZA PEREA MAFLA
PROFESIONAL G04**

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
BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

30263092



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 388980

FECHA DE RADICACIÓN 25 05 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN B. REPORTE DE NOVEDADES 2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio 3. RÉGIMEN A. Contributivo B. Subsubsidado 4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI NO 5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional 6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente B. Independiente 7. CÓDIGO A1817

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO RAMOS SEGUNDO APELLIDO CORREA PRIMER NOMBRE JHON SEGUNDO NOMBRE WILFREDO 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1077875354 11. SEXO BIOLÓGICO F M 12. SEXO IDENTIFICACIÓN F X T NB Otro 13. NACIONALIDAD COLOMBIA 14. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA HUILA DEPARTAMENTO GARZON MUNICIPIO 15. FECHA NACIMIENTO 09 12 1997 16. ETNIA 6 17. COMUNIDAD INDÍGENA 18. DISCAPACIDAD SI NO 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI NO 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL 22. ARL NINGUNA 23. AFP NINGUNA 24. IBC \$1,750,905.00 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA \$0.00 26. RESIDENCIA DIRECCIÓN KR 271 36A 77 27. TELÉFONO FIJO TELÉFONO CELULAR 3167611782 28. CORREO ELECTRÓNICO ramoslosadajhon@gmail.com 29. DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA 30. MUNICIPIO/DISTRITO CALI 31. LOCALIDAD/COMUNA 32. ZONA CABECERA MUNICIPAL CENTRO POBLADO RURAL DISPERSO RESTO RURAL 33. IPS 98242

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 30. SEXO BIOLÓGICO F M 31. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro 32. NACIONALIDAD 33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO 34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

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

Table with 5 columns: 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS, 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD, 37. NÚMERO DE IDENTIDAD, 38. NACIONALIDAD, 39. SEXO BIOLÓGICO, 40. SEXO IDENTIFICACIÓN, 41. LUGAR DE NACIMIENTO, 42. FECHA DE NACIMIENTO. Includes sub-sections for complementary data (43-54) and a table for 55-58.

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO 55. Nombre o razón social 56. Tipo documento de identificación N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T. 57. Número del documento de identificación 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 59. Ubicación DIRECCIÓN TELÉFONO FIJO O CELULAR CORREO ELECTRÓNICO DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: 6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: 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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO 15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 62. SEXO BIOLÓGICO F M 63. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro 64. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO 65. EPS ANTERIOR 66. FECHA DE NOVEDAD 26 05 2026 67. MOTIVO DE TRASLADO Código 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad 72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 73. 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. 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. 75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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. 76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante o cabeza de familia beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT Cantidad: Total 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. 84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. 85. 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. 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 88. 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. 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio Código del departamento 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JHON WILFREDO RAMOS CORREA identificado (a) con		R.C.	T.I.	C.C.	C.C.	S.C.	C.D.	PE.	P.T.
número 1077875354 de GARZON , certifico que:									
1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
2	¿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?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3167611782 y/o correo electrónico: ramoslosadajhon@gmail.com					
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

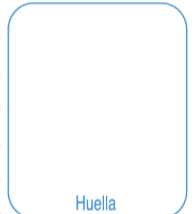
Jhon Ramos

Firma: _____
 Tipo ID: CC No. ID: 1077875354
 Fecha de Solicitud: 25/05/2026
 Dirección: KR 271 36A 77
 Tel: 3167611782 Municipio: CALI
 Departamento: VALLE DEL CAUCA



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	NO
INDEPENDIENTE	NINGUNA	NINGUNA	1750905		NO	X		NO	X
Nivel de Escolaridad	Ninguno <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Normalista <input type="checkbox"/>	Profesional <input checked="" type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>				
	Preescolar <input type="checkbox"/>	Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Técnica Profesional <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	Último Grado <input type="checkbox"/>				
	Básico Primaria <input type="checkbox"/>	Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Tecnológica <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Aprobado <input type="checkbox"/>				
			Posición Ocupacional	Patrón/Empleador <input type="checkbox"/>	Contratista <input type="checkbox"/>	Trabaja por su Cuenta <input checked="" type="checkbox"/>			
			Inicio Contrato	26/05/2026		Fin Contrato			
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.									
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte		DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA
Rosa Maria Martinez Martinez	A1817	
CIUDAD Y FECHA		

Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS CORREA JHON WILFREDO** identificado(a) con **CC** número **1.077.875.354** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de mayo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jhon Wilfredo Ramos Correa identificado con CC. 1077875354 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/06/02	Fecha inicio contrato	2026/06/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/11/30
Riesgo	5	Código actividad económica	5421001 - Construccion de carreteras y vias de ferrocarril, incluye la construccion, conservacion y reparacion de carreteras,
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	2026/11/30		

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12062026N1077875354A18940447**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS

