

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	923110
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA			ID de Proceso	40672-371402
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA	C.C.	18.396.140
Correo electrónico contratista:		omagarcia@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62893
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	SI
			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:		DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	136870002161
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:	1904936/2020	N° Compromiso SIIF	75620	
Valor Total del Contrato	\$ 7.893.333	N ° Pago	1	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 7.893.333	Del	14/10/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.673.333	Comisiones	\$ 0,00	Valor Bruto Pago
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.220.000	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	\$ 2.220.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.308.675			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente	1.308.675,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	0003122094	Valor Base retención en la fuente ICA	1.966.900,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 888.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 111.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 142.100	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 4.700	\$ 0	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 222.000		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 436.225		VALOR A PAGAR	\$ 2.220.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesio</p> <p>Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados con</p> <p>Aplicar según la modalidad y niveles, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pe</p> <p>Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso</p> <p>Responder por el adecuado y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente contrato.</p> <p>Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas</p>				
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.			OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.			GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES 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				
ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SOSSS E.P.S. Sanitas <small>Entidad Promotora de Salud</small>									
1. DATOS DEL TITULAR (para los asegurados que se afilian al SOSSS antes de haberse afiliado a otra EPS)									
1. Tipo de afiliación: A. Afiliado ☒ B. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. De Salud ☐ D. Regimen ☐ E. Continuidad ☒									
2. Tipo de afiliado: A. Pasivo de afiliación ☐ B. Tipo de afiliado: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. De Salud ☐ D. Regimen ☐ E. Continuidad ☒									
3. Datos de afiliación: A. Tipo de afiliación ☐ B. Tipo de afiliado ☐ C. De Salud ☐ D. Regimen ☐ E. Continuidad ☒									
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO (para los asegurados que se afilian al SOSSS antes de haberse afiliado a otra EPS)									
1. Nombre: ALZATE 2. Apellido: GARCIA 3. Nombre: OMAR 4. Apellido: ARBAL									
5. Tipo de documento de identidad: CC 6. Número de documento de identidad: 18.376.190 7. Fecha de nacimiento: 05/08/1973									
3. DATOS COMPLEMENTARIOS									
1. Estado: BOGOTÁ 2. Municipio: BOGOTÁ 3. Tipo de vivienda: URBANA 4. Tipo de habitación: URBANA									
5. Tipo de ocupación: POSITIVA 6. Tipo de ocupación: POSITIVA 7. Tipo de ocupación: POSITIVA 8. Tipo de ocupación: POSITIVA									
9. Tipo de ocupación: POSITIVA 10. Tipo de ocupación: POSITIVA 11. Tipo de ocupación: POSITIVA 12. Tipo de ocupación: POSITIVA									
13. Tipo de ocupación: POSITIVA 14. Tipo de ocupación: POSITIVA 15. Tipo de ocupación: POSITIVA 16. Tipo de ocupación: POSITIVA									
17. Tipo de ocupación: POSITIVA 18. Tipo de ocupación: POSITIVA 19. Tipo de ocupación: POSITIVA 20. Tipo de ocupación: POSITIVA									
21. Tipo de ocupación: POSITIVA 22. Tipo de ocupación: POSITIVA 23. Tipo de ocupación: POSITIVA 24. Tipo de ocupación: POSITIVA									
25. Tipo de ocupación: POSITIVA 26. Tipo de ocupación: POSITIVA 27. Tipo de ocupación: POSITIVA 28. Tipo de ocupación: POSITIVA									
29. Tipo de ocupación: POSITIVA 30. Tipo de ocupación: POSITIVA 31. Tipo de ocupación: POSITIVA 32. Tipo de ocupación: POSITIVA									
33. Tipo de ocupación: POSITIVA 34. Tipo de ocupación: POSITIVA 35. Tipo de ocupación: POSITIVA 36. Tipo de ocupación: POSITIVA									
37. Tipo de ocupación: POSITIVA 38. Tipo de ocupación: POSITIVA 39. Tipo de ocupación: POSITIVA 40. Tipo de ocupación: POSITIVA									
41. Tipo de ocupación: POSITIVA 42. Tipo de ocupación: POSITIVA 43. Tipo de ocupación: POSITIVA 44. Tipo de ocupación: POSITIVA									
45. Tipo de ocupación: POSITIVA 46. Tipo de ocupación: POSITIVA 47. Tipo de ocupación: POSITIVA 48. Tipo de ocupación: POSITIVA									
49. Tipo de ocupación: POSITIVA 50. Tipo de ocupación: POSITIVA 51. Tipo de ocupación: POSITIVA 52. Tipo de ocupación: POSITIVA									
53. Tipo de ocupación: POSITIVA 54. Tipo de ocupación: POSITIVA 55. Tipo de ocupación: POSITIVA 56. Tipo de ocupación: POSITIVA									
57. Tipo de ocupación: POSITIVA 58. Tipo de ocupación: POSITIVA 59. Tipo de ocupación: POSITIVA 60. Tipo de ocupación: POSITIVA									
61. Tipo de ocupación: POSITIVA 62. Tipo de ocupación: POSITIVA 63. Tipo de ocupación: POSITIVA 64. Tipo de ocupación: POSITIVA									
65. Tipo de ocupación: POSITIVA 66. Tipo de ocupación: POSITIVA 67. Tipo de ocupación: POSITIVA 68. Tipo de ocupación: POSITIVA									
69. Tipo de ocupación: POSITIVA 70. Tipo de ocupación: POSITIVA 71. Tipo de ocupación: POSITIVA 72. Tipo de ocupación: POSITIVA									
73. Tipo de ocupación: POSITIVA 74. Tipo de ocupación: POSITIVA 75. Tipo de ocupación: POSITIVA 76. Tipo de ocupación: POSITIVA									
77. Tipo de ocupación: POSITIVA 78. Tipo de ocupación: POSITIVA 79. Tipo de ocupación: POSITIVA 80. Tipo de ocupación: POSITIVA									
81. Tipo de ocupación: POSITIVA 82. Tipo de ocupación: POSITIVA 83. Tipo de ocupación: POSITIVA 84. Tipo de ocupación: POSITIVA									
85. Tipo de ocupación: POSITIVA 86. Tipo de ocupación: POSITIVA 87. Tipo de ocupación: POSITIVA 88. Tipo de ocupación: POSITIVA									
89. Tipo de ocupación: POSITIVA 90. Tipo de ocupación: POSITIVA 91. Tipo de ocupación: POSITIVA 92. Tipo de ocupación: POSITIVA									
93. Tipo de ocupación: POSITIVA 94. Tipo de ocupación: POSITIVA 95. Tipo de ocupación: POSITIVA 96. Tipo de ocupación: POSITIVA									
97. Tipo de ocupación: POSITIVA 98. Tipo de ocupación: POSITIVA 99. Tipo de ocupación: POSITIVA 100. Tipo de ocupación: POSITIVA									
4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS AFILIADOS O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OTRAS									
1. Nombre: ALZATE G 2. Apellido: ALZATE G 3. Nombre: ALZATE G 4. Apellido: ALZATE G									
5. Tipo de documento de identidad: CC 6. Número de documento de identidad: 18.376.190 7. Fecha de nacimiento: 05/08/1973									
8. Tipo de ocupación: POSITIVA 9. Tipo de ocupación: POSITIVA 10. Tipo de ocupación: POSITIVA 11. Tipo de ocupación: POSITIVA									
12. Tipo de ocupación: POSITIVA 13. Tipo de ocupación: POSITIVA 14. Tipo de ocupación: POSITIVA 15. Tipo de ocupación: POSITIVA									
16. Tipo de ocupación: POSITIVA 17. Tipo de ocupación: POSITIVA 18. Tipo de ocupación: POSITIVA 19. Tipo de ocupación: POSITIVA									
20. Tipo de ocupación: POSITIVA 21. Tipo de ocupación: POSITIVA 22. Tipo de ocupación: POSITIVA 23. Tipo de ocupación: POSITIVA									
24. Tipo de ocupación: POSITIVA 25. Tipo de ocupación: POSITIVA 26. Tipo de ocupación: POSITIVA 27. Tipo de ocupación: POSITIVA									
28. Tipo de ocupación: POSITIVA 29. Tipo de ocupación: POSITIVA</									

8. REPORTE DE NOVEDADES

Página 1 de 1

40. Tipo de novedad ☐ 1. Actualización 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: _____		☐ 11. Inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desinscripción de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad ☐ 14. Traslado ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del índice de protección al consumidor ☐ 17. Reporte de la calidad de Preseleccionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Preseleccionado	
☒ 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		☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☐ A. Nuevo Régimen ☐ B. Continúa Régimen	

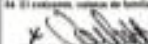
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Tipo de documento de identidad: _____ Número del documento de identidad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: <u>09/07/2020</u> 40. EPS anterior: _____ 41. Motivo de Traslado: _____ 42. Tipo de Seguramiento: Familiar o Regular de Pensionados	
--	--

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 43. Declaración de declaración económica de los beneficiarios y afiliados adicionales ☐ 44. Declaración de la NO existencia de afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 45. Declaración de existencia de copagos de fuerza mayor o caso fortuito que impide la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario ☐ 46. Declaración de NO inexistencia del copago, copago de fuerza mayor o caso fortuito de los beneficiarios y afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud ☐ 47. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o copago de fuerza mayor y de sus beneficiarios o afiliados adicionales ☐ 48. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de movilidad a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren ☐ 49. Autorización para que la EPS, tramite los datos personales del cotizante o copago de fuerza mayor y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1287 de 2019 o el Decreto 1071 de 2015 ☐ 50. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto
--

VII. FIRMAS

51. Si cotizante, cabeza de familia o beneficiario 	52. Si Empleador, agente o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de afilios _____
---	--

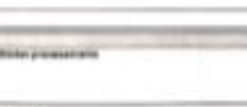
IX. ANEXOS

☒ 53. Anexo copia del documento de identidad Copias: ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☒ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100
☐ 54. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente ☐ 55. Copia del Registro Civil de Registro o de la Escritura Pública, Acta de Constitución o Acta de Unión que declare la unión marital ☐ 56. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Separación Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Constitución o Sentencia Judicial que declare la reconvención de unión marital ☐ 57. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor ☐ 58. Copia de la Orden Judicial o del Acta Administrativo de Custodia ☐ 59. Documento que certifique la patria de la patria potestad o el Certificado de Detención de los padres o la Declaración sujeta por el juzgado sobre la custodia de los dos padres ☐ 60. Copia de la autorización de ingreso por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐ 61. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 62. Copia del Acta Administrativo o Presidencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se declare la afiliación de afilios

X. DATOS A SER SUMINISTRADOS POR LA ENTIDAD TRIBUTARIA

63. Representante de la Entidad Tributaria Cargo de Muestras: _____ Código del Documento: _____ 64. Datos Personales que define la entidad: Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Tipo de documento de identidad: _____ Número del documento de identidad: _____ 65. Fecha de nacimiento: _____ 66. Fecha de nacimiento: _____

OBSERVACIONES:

67. Firma del representante de la Entidad Tributaria y/o entidad 	68. Firma del representante de la Entidad Tributaria y/o entidad 	69. Firma del representante de la Entidad Tributaria y/o entidad 
---	---	--

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALZATE GARCIA OMAR ANIBAL** identificado(a) con **CC** número **18.396.140** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 07 de febrero de 2003 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 09 de octubre 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

2020100910141



Hace constar:

Que el Sr(a) OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18396140 realizó el día 18/10/2020 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 OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18396140 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