SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA F
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**71515-488594**
No. de documento	**314860**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YEFERSON MOSQUERA CORDOBA	**C.C.**	11.806.357	**IP/Nº de contacto**	3127690702
Correo electrónico contratista:	ymosquerac@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		578394496	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3055298/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**140021**	
Valor Total del Contrato	$ 2.942.229	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.942.229	**1**	**Del**	**03/12/2021**	**Al** **17/12/2021**	**$ 1.697.440,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.244.789		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LOS PROGRAMAS DE: TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL C

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.697.440	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.697.440**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 951.522**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4421609927**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 169.744	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 317.174	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	951.522,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.438.440,00	
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	2.877,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	16.974,00	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	**$ 1.677.589,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

REUNION CON LAS AUTORIDADES CIVILES DE LA COMUNIDAD DEL CORREGIMIENTO DE NUCIDO MUNICIPIO DE MEDIO BAUDO
RECOLECCION DE DOCUMENTOS REGISTRO EINSCRIPCION AL APLICATIVO SOFIA PLUS
PROGRAMACION DE LOS CURSOS EN LA PLATAFORMA SOFIA PLUS
ELABORACION DE LAS GUIAS DE APRENDIZAJE E INSTRUMENTOS DE EVALUACION TENIENDO COMO BASE LA ESTRUCTURA CURRICULAR
CONCERTACION DEL HORARIO DE CLASES CON LOS APRENDICES PARA EL PROCESO FORMATIVO
INICIO DE LA FORMACION DE LOS CURSOS

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.

YEFERSON MOSQUERA CORDOBA
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,

JACKSON ARIEL URRUTIA CHALA
INSTRUCTOR G13

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

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **YEFERSON MOSQUERA CORDOBA**; identificado(a) con **CC** número **11806357**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/05/2017**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **11** días del mes **12** del año **2021**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEFERSON MOSQUERA CORDOBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.806.357**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14656053738

(415)7707212489984(8020) 000001465605373 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 8 0 6 3 5 7	4	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 8 0 6 3 5 7	1 9 9 6 0 4 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Alto Baudo 0 2 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	CORDOBA	YEFERSON	

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
CR 3 33 35

42. Correo electrónico yemoc04@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 7 6 9 0 7 0 2	6 7 1 6 2 6 0

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 5 5 1	2 0 0 8 0 2 1 1	7 2 1 0	2 0 0 8 0 2 1 1				2 2 1 3	

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 - 08 - 30

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 MOSQUERA CORDOBA YEFERSON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ARGOSALUD AS LTDA
"Vigilantes de la Salud"
NIT: 900066756-8

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA		EVALUACION MEDICA DE RETIRO	
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:			

NOMBRE DEL PACIENTE: YEFERSON MOSQUERA CORDOBA		EDAD (AÑOS): 43
C.C: 11806357	EMPRESA: SENA	
FECHA: 22/02/2021	CIUDAD: QUIBDO	CARGO:INSTRUCTOR

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	X	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	-
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO											
		N	A			N	A			N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA				SEROLOGIA VDRL	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	-			GLICEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA				COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):				TRIGLICERIDOS	-						
	-			PERFIL LIPIDICO	-						
				CUADRO HEMATICO	-						

N: Normal – A: Alterado-

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

APTO SIN RESTRICCION	X
APTO CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APLAZADO	-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA				X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS				X
PAUSAS ACTIVAS				X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO				X
CONTROL DE PESO				-
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS				
VISIOMETRÍA - Control Semestral	_____	Anual	_____	X
AUDIOMETRÍA - Control Semestral	_____	Anual	_____	-
OPTOMETRIA - Control Semestral	_____	Anual	_____	

OTRAS: AUTOCUIDADO

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al res valoración médica en su entidad de salud."

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes
Para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional"

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YEFERSON MOSQUERA CORDOBA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11806357 realizó el día 11/12/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

Yeferson Mosquera C

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 YEFERSON MOSQUERA CORDOBA, con Cédula Ciudadanía No. 11806357 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 10/12/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 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): 202101022104623.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de diciembre de 2021

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 09/12/2021 10:31:28 a. m.
ISCDC: 09/12/2021 10:31:28 a. m.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona YEFFERSON MOSQUERA CORDOBA identificado(a) con CC 11806357 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 578394496 desde el 07 de septiembre de 2007, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 23 de noviembre de 2021, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

Escaneado con CamScanner

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

PMLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIMN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PMLIZA:	ANEXO:
PEREIRA	PEREIRA	55	55-46-101011713	0

FECHA EXPEDICIMN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
D1A:	MES:	AHO:	D1A:	MES:	AHO:	HORAS:	D1A:	MES:	AHO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
30	11	2021	30	11	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISIMN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZMN SOCIAL:	MOSQUERA CORDOBA YEFERSON	IDENTIFICACIMN:	C.C. :11,806,357
DIRECCIMN:	QUIBDO	CIUDAD: QUIBDO - CHOCO	TEL FONO: 3127690702

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CHOCO MIXTO	IDENTIFICACIMN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIMN:	CRA 1 N 28-71	CIUDAD: QUIBDO - CHOCO	TEL FONO: 6721552
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIMN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PMLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL L1MITE DE VALOR ASEGURADO SEHALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3055298 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIMN DE SERVICIOS DE CAR CTER TEMPORAL PARA IMPARTIRFORMACIMN EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y / O COMPLEMENTARIA ENLOS PROGRAMAS DE T CNICO EN PRODUCCIMN AGROPECUARIA, EN ELCENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LAREGIONAL CHOCM DURANTE LA VIGENCIA 2021.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/11/2021	30/04/2022	$ 294,222.90

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIMN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 294,222.90	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIMN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAH1A:	% PART:	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) GARANT1A(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIMN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - TEL FONO: 5124482 - PEREIR



55-46-101011713

Yeferson Mosquera C

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

Verifique su pIiza escaneando el cFdigo QR.
Aplica 3nicamente para la emisiFn original.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PMLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 BogotA, D.C. TelGfono: 2186977

900353279

NO EFECTUAR RETENCIMN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIMN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la pΓliza No. 55-46-101011713, anexo 0, no expirarĄ por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la pΓliza o de la aseguradora.

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

Dado en PEREIRA, a los 30 dşas del mes de Noviembre de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO Nº:** 55461010117130

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

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MOSQUERA CORDOBA YEFERSON — C.C. C.C. :11,806,357
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PMLIZA NRO.: 55-46-101011713

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
PEREIRA - CU. ESTATAL - 101011713 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA - 194929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO Nº:** 55461010117130

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MOSQUERA CORDOBA YEFERSON — C.C. C.C. :11,806,357
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PMLIZA NRO.: 55-46-101011713

SUC - RAMO - PMLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
PEREIRA - CU. ESTATAL - 101011713 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA - 194929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

PMLIZA jNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.55-46-101011713

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT 860.009.578-6

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINAR SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CAR TULA DE LA PRESENTE PMLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIMN A LA DEFINICIMN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIMN U OMISIMN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PMLIZA SER N INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGjN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIMN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIMN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIMN DE LA VIGENCIA DE LA GARANT1A DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIMN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRMRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPU S DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIMN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIMN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANT1A DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIMN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIMN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIMN DE (I) LA NO INVERSIMN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIMN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIMN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIMN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARD1O O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAHOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREV ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CL USULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEHALADO POR EL ART1CULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANT1A DE CUMPLIMIENTO CUBRIR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANT1A.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RA1Z DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE EST OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIMN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIMN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANT1A NO SE APLICAR PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN R GIMEN JUR1DICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAHO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIMN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE STE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANT1A DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ART1CULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA NO OPERAR N CUANDO LOS DAHOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAHA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA V1CTIMA.

2.2. DAHOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1079 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTAR OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CAR TULA DE ESTA PMLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA, SE HAR BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CAR TULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANT1A.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBER GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ART1CULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDER DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANT1A DE LA P RDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBER SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PMLIZA, SER :

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIMN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIMN 1.1 DE STA PMLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE STE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEM S DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HAR EFECTIVA LA CL USULA PENAL O CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIMN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEM S EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEM S DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDER A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA P RDIDA O A HACER EFECTIVA LA CL USULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIMN PARA LA COMPAH1A DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ART1CULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIMN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIMN COMO MEDIO DE EXTINCIMN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ART1CULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDR EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBER TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS T RMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIMN.

LA INDEMNIZACIMN SER PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIMN, REPARACIMN O RECONSTRUCCIMN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIMN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIMN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAV S DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODR DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIMN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIMN DE ESTA PMLIZA, LA CESIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1080 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBER EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ART1CULO 1077 DEL CMDIGO DE COMERCIO, A TRAV S DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIMN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PMLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIR UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIMN DE LA PMLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAHAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIMN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROS1, CL USULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIMN, SER EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAR EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDR LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTAR LA COLABORACIMN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PJBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODR PROHIBIR O LIMITAR STA FACULTAD.

11. NO CANCELACIMN DE LA PMLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PMLIZA NO EXPIRAR POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODR SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CL USULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PMLIZA, PREVALECER N LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIMN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIMN SE DISTRIBUIR Y HAR EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIMN A LAS CUANT1AS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIMN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó 17 de Diciembre de 2021.

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:

T.I.	**1077448353**	**KEVIN STIWAR MOSQUERA CORDOBA**	**HIJO**

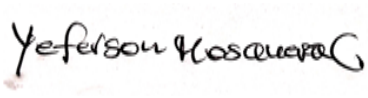
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Yeferson Mosquera Córdoba
C.C. Nro.11.806.357 de Quibdó

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.077.448.353

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44175272

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 7 H

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	CORDOBA

Nombre(s)
KEVIN STIWAR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes MAR Día 18	MASCULINO	O	POSITIVO

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	51440134-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CORDOBA ASPRILLA DELIZ OLIMPA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 43.734.383	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MOSQUERA CORDOBA YEFERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.806.357	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MOSQUERA CORDOBA YEFERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.806.357	Yeferson Cordoba

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 2009 Mes MAY Día 14	HEILER LEDA MENA - REGISTRADOR
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: YEFERSON MOSQUERA CORDOBA						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	QUIBDO	**FECHA**	**17/12/2021**	**REGIONAL**	**CHOCO**	**11.806.357**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**QUIBDO K-1 # 28-71 B/ CRISTO REY**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			**No (CO1.PCCNTR.3055298) 3- Diciembre del año (2021)**			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**MARIA EUGENIA CHAVEZ**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**BENCY JHONAIDY CORDOBA MORENO**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**GLADYS MARIA MENA GARRIDO**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**HAROLD ENRIQUE TORRES ARANGO**	DIGNA LUZ
CONTABILIDAD		**DOLORES FERRER RENGIFO**	
TESORERIA		**MARY YADIRA MORALES RUEDA**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**JACKSON ARIEL URRUTIA CHALA**	Jackson A. Urrutia
BIBLIOTECA		**LUZ JOHANA RIOS LOPEZ**	Luz Johana Rios
LIDER SIGA		**MIGUEL ANGEL MENA PALACIOS**	
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**JACKSON ARIEL URRUTIA CHALA**	Jackson A. Urrutia

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____ _____

Yeferson Mosquera C

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) MOSQUERA CORDOBA YEFERSON identificado(a) con CC. 11806357 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 10 de Diciembre de 2021 a las 07:01:45

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.