SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO			**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	anjrodriguez@sena.edu.co	**C.C.**	1.032.398.102		
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**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**	65036280144
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 $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1361424/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**31320**	
Valor Total del Contrato	$ 28.426.125	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.426.125	**1**	**Del** 10/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 2.653.105,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.773.020		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.653.105		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.653.105**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.762.954**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**39904077**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.061.242	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 132.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 169.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.600	$ 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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
)ependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 587.651	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.762.954,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.350.605,00	
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 - 8299	22.707,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 2.630.398,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion1:Apoyar procesos enfocados a la enseñanza del área de Edumatica en las empresas Verteland y Universidad Julio Garavito con el compromiso de realizar la inscripción, matricula y calificación ya que se encuentran en proceso.
Obligacion4:Se ejecutara, acompañara y asesorar a los aprendices en formación en el área de Edumatica de la empresa Verteland y Universidad Julio Garavito.
Obligacion5:Preparación de material de formación y actividades de clases para los cursos a impartir en Verteland y Universidad Julio Garavito que se encuentran en proceso de solicitud.
Obligacion8:Se entregara los diferentes formatos de inscripción y documentos para el proceso de inscripción, matricula y evaluación de las fichas de las empresas Verteland y universidad Julio Garavito.
Obligacion9:De acuerdo al proceso de divulgación me comprometo culminar la ejecución de los procesos respecto a las fichas.
Obligacion13:Se realizo la evaluación del Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo
Obligacion14:Se socializo el portafolio de la coordinación UTI en diferentes empresas como: Verteland, Universidad julio Garavito y Alcaldia de Suba.
Obligacion17:Se encuentra certificada en la norma "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO"
Obligacion20:Se cumplirá con la debida formación de las fichas para las empresas Verteland y Universidad Julio Garavito.
Obligacion21:Se presenta informe de ejecución contractual mes febrero de 2020 y pago de seguridad social mes de enero 2020

27 FEB 2020

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.

ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO
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,

RAUL VEGA URRIAGO
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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá, D.C. 29 de Febrero de 2019

Señor (a)
Raul Vega Urriago
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 1361424
Instructor
Centro Servicios Financieros
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Febrero del año 2020

Referencia: No 1361424 del año 2020

Angelica Janeth Rodriguez Alonso, identificado con la cédula de ciudadanía No.1032398102 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en la Coordinación Académica de Tecnología e Informática-UTI, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas entre el 10 de febrero de 2020 y el 29 de Febrero de 2020.

Valor y forma de Pago: El valor total para el contrato la suma de VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS COP M/Cte. ($28.426.125). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes febrero de 2020 por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO CINCO PESOS COP M/Cte. ($2.653.105) M/CTE, b) Seis (06) pagos iguales por los meses de (marzo) a (agosto) de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS COP M/Cte. ($3.790.150) cada uno y c) un pago final por valor de TRES MILLONES TREINTA Y DOS MIL CIENTO VEINTE PESOS COP M/Cte. ($3´032.120), incluido IVA.

Plazo: El plazo de ejecución del presente contrato será de Siete (07) meses y Quince (15) días.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el centro de formación en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente en Competencias Básicas y/o Transversales

8	Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular, cuando ejecute formación complementaria.	Se entregara los diferentes formatos de inscripción y documentos para el proceso de inscripción, matricula y evaluación de las fichas de las empresas Verteland y universidad Julio Garavito.	Formatos de solicitud de ficha, inscripción, documentos enviados al correo de la coordinación UTI
9	Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional Integral mediante las siguientes actividades: a). Verificando que la totalidad de los aprendices seleccionados y matriculados queden en ese estado. b). Registrando juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, los juicios evaluativos, rutas de aprendizaje, para los beneficiarios nuevos, reintegrados o trasladados. e). Comunicando al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	De acuerdo al proceso de divulgación me comprometo culminar la ejecución de los procesos respecto a las fichas.	Listas de asistencia y formatos
10	Participar cuando el centro lo requiera en el proceso de selección, diseño de talleres e instrumentos que alimenten los bancos de pruebas para la selección de aprendices.	En este periodo no se realizaron actividades correspondientes a esta obligación	No aplica
11	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación	En este periodo no se realizaron actividades correspondientes a esta obligación.	No aplica
12	Apoyar procesos de Registro calificado para los programas en nivel tecnólogo del área temática objeto del presente contrato, cuando el centro lo requiera	En este periodo no se realizaron actividades correspondientes a esta obligación	No aplica
13	Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias que el centro programa	Se realizo la evaluación del Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo	Certificado
14	Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios	Se socializo el portafolio de la coordinación UTI en diferentes empresas como: Verteland, Universidad julio Garavito y Alcaldia de Suba.	Portafolio de la coordinación enviado a correos y cartas de presentación.
15	Realizar seguimiento en la etapa productiva a los a los aprendices que le	En este periodo no se realizaron actividades	No aplica

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 39904077 expedido por Mi planilla correspondiente al mes de enero del año 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

"De acuerdo con la particularidad de la dinámica en la formación complementaria las horas promedio de formación se ejecutarán con periodos posteriores"

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
Angelica Janeth Rodriguez Alonso
Contratista
C.C. No. 1032398102

Recibí a satisfacción:

Firma
Raul Vega Urriago
Supervisor(a) Contrato 1361424 de 2020
Cargo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032398102	ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO	CALLE 163 # 7A-87	6713542	angirodriguez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I	06/02/2020	39904077	$255.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	2	200	0	110.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	2	300	0	140.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.600				4.600	2	100	4.700			46	4.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	110.000
Pensión	1	140.500	140.800
Riesgos Laborales	1	4.600	4.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	255.500

PAGADA
39904077

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.398.102, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
13000059

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO identificado(a) con C.C No. 1.032.398.102, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de febrero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.398.102, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 con riesgo 1.

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): 20200101216164.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14545550301

(415)7707212489984(8020) 000001454555030 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1032398102	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1032398102	20051021

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	ALONSO	ANGELICA	JANETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

Dirección principal
CL 163 7 A 87

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angirodriguez@gmail.com		6713542	3132866765

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2
8211	20070912	8523	20130702		

Ocupación

51. Código: 3431

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20190528

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 31-12-2019 11:26:20AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Resolución 10633 08-10-2012.
Licencia prestación de servicios S.O. a nivel nacional.

FECHA ▼			Tipo de examen ▶	INGRESO X	PERIODICO	EGRESO	POST INCAPACIDAD	REUBICACION	REINTEGRO
Dia	Mes	Año	Ciudad ▼			Departamento ▼			
09	01	2020	BOGOTA			CUNDINAMARCA			
1er Apellido ▼			2do Apellido ▼	1er Nombre ▼		2do Nombre ▼			
RODRIGUEZ			ALONSO	ANGELICA		JANETH			
Tipo D.I ▼		No. Documento ▼		Expedido en ▼		Genero ▼	Edad ▼		
C.C.		1.032.398.102		BOGOTA		M__ F_X_	32		
Nombre del cargo ▼				Empresa ▼		NIT ▼			
				SENA					



INFORMACION DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto para el cargo		Apto para Manipulación de Alimentos		Periodico No Satisfactorio	
Apto con Recomendaciones	X	Apto para Trabajo en Espacio Confinado		Egreso satisfactorio	
Apto con Restricciones		Apto para trabajo en campo de Hidrocarb		Egreso no Satisfactorio	
Apto para trabajo en Alturas		Periodico Satisfactorio		Aplazado	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Evitar posturas prolongadas por más de 1 hora, alternando durante 15minutos

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO: ▼

Examen Ocupacional sin alteración aparente al momento del examen_
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para desempeñarse en su labor X
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes del ingreso__

APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO ▼

Examen médico Satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para seguir desempeñandose en sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad que requiere remisión a EPS__ ARL__

APTITUD OCUPACIONAL DE RETIRO: ▼

Al examen médico no se encuentran alteraciones ni patologias que limiten su capacidad laboral__
Al examen médico se encuentran alteraciones pero no es limitante para desempeñarse en su nueva labor__
Al examen médico presenta enfermedad(es) que requieren remision a EPS__ ARL__

EXAMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	X	Optometria		RX Columna		Sustancias Psicoactivas		Perfil Lipidico	
Respiratorio	X	Visiometria	X	RX Torax		Test espacios confinados		Glicemia	
Espirometria		Vision profundidad		Test de Vertigo		Pruebas psicometricas		Coprologico	
Cardiovascular	X	Colorimetria		Glicemia Pre		Pruebas ergonomicas		KOH Uñas	
Audiometria		Electrocardiograma		Tetano		Cuadro Hematico		Frotis Faringeo	

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (Ocup)	X	Control Nutricion y Dietetica		Pausas Saludables MMII	X	Actividad Fisica mayor 30'	X
Control Optometria (Ocup)	X	Dieta baja en Carbohidratos		Pausas Saludables Vocales		Capacitacion Trabajo Seguro	X
Control Audiometria (Ocup)		Dieta Baja en Grasas y Sal		Pausas Saludables Visuales		Plan de Emergencia	X
Control por Neurologia		Pausas Saludables MMSS	X	Uso EPP	X	Otros:	

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ▶ SI | | NO | X

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ▶ SI | | NO | X

Tipo de programa de vigilancia Epidemiologica a incluir ▼

Visual		Auditivo		Respiratorio		Cardiovascular		Nutrición		Ostemuscular	X	Manejo de Voz		Psicolaboral	

Recomendaciones generales para la empresa - trabajador ▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJOSEGURO,PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES. REALIZAR OPTOMETRIA CON CONTROLES ANUALES. CONTINUAR MANEJO MÉDICO EPS. ALTERNAR POSTURAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mi,el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
DR. FERNANDO ORTIZ CERON MÉDICO ESPECIALISTA 90-697 R.M. NAL. 3020-90 RES. 7260 C.C. 19.306.702	
Dr. (a)FERNANDO ORTIZ CERON RM Nal 3005-90 Especialista Salud Ocupacional Licencia 5132 7260	

La presente conclusión se ha dado con base en la historia clinica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y

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:
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101014613	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
10	02	2020	10	02	2020	00:00	25	01	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	RODRIGUEZ ALONSO ANGELICA JANETH			Identificación:	1032398102
Dirección:	CALLE 148 92-84 T10 APT903	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3132866765

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO CSF			Identificación:	899999034-1
Dirección:	KR 13 # 65-10	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5461600

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.1361424 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COMPETENCIAS BÁSICAS Y/O TRANSVERSALES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2020	25/01/2021	$ 2,842,612.50

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	$ 2,842,612.50	10/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	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 80-28 - Teléfono: 2121808 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 15461010146130

FECHA	
10/02/2020	

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ ALONSO ANGELICA JANETH C.C. 1032398102

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101014613

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101014613 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 15461010146130

FECHA 10/02/2020

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ ALONSO ANGELICA JANETH C.C. 1032398102

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101014613

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101014613 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032398102 realizó el día 19/02/2020 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

Bogotá, 29 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47'978.000)
e. Por el año gravable 2019, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019 no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 29 días del mes de febrero de 2020



Nombre: Angelica Janeth Rodriguez Alonso

C.C. 1.032.398.102 de Bogotá

Certificado Bancario

Martes, 31 de Diciembre de 2019

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANGELICA JANETH RODRIGUEZ ALONSO identificado(a) con CC 1032398102, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	65036280144	2007/09/14	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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia