SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	36962-933168

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ALEXANDER MENA GUTIERREZ alexander@sena.edu.co	C.C.	11.805.970	IP/Nº de contacto	3207302242
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:	BANCO COOMEVA S.A.	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	200100454301
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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1408815/2020			Nº Compromiso SIIF	19520	
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.896.000	1	Del	03/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.887.433,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.008.567		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.887.433	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	$ 2.887.433	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.784.393	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	DCTO1273/18	Valor Base retención en la fuente	1.784.393,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 769.982	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.667.933,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 96.300	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 123.200	$ 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 I	$ 4.100	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8551	5.336,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro Utch	28.874,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 288.743		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 594.798		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 2.853.223,00	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Seleccione como estrategia de enseñanza y aprendizaje, actividades de conocimientos, desempeño y producto(Talleres grupales, exposiciones individuales y grupales ,clases magistrales y Actividades practicas
Se dictaron las siguientes complementarias INTERPRETACION DE PLANOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA VIAL, con la siguiete competencia y re resultados de aprendizajes: resultados de aprendizaje Expresar información de proyectos de construcción de conformidad con especificaciones, identificar actividades de los procesos constructivos de obras de infraestructura vial, calcular cantidade s de obra de infraestructura vial,utilizar la simbología utilizada en el dibujo de planos de infraestructura vial en cada plano de proyeccion h COSTOS Y PRSUPUESTO Planeación de las actividades relacionadas con la formacion. Competencias: Entregar pla de proyectos de construcción de conformidad con especificaciones, remodelaciones y programas

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.

Alexander Mena

ALEXANDER MENA GUTIERREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 l contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado c

...LICA DE COLOMBIA
...RAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
...INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

...icamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 13571224

0107516364

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: C Contributivo [x] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [ ] B Independiente [ ] C Pensionado [ ] D Independiente por prestación de servicio [ ]
CÓDIGO: C2069
FECHA DE LA SOLICITUD: 20 02 2022

A. AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: [illegible] SEGUNDO APELLIDO: Gutierrez PRIMER NOMBRE: Alexander SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] TI [x] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1180597770
9. SEXO: F [ ] M [x]
10. FECHA NACIMIENTO: 03 02 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Condición [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colpensiones
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 877803
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 25 # 21-16 Villa Vivian
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: Jardin
CIUDAD / MUNICIPIO: Pereira
DEPARTAMENTO: Risaralda
ZONA U. [ ] R. [ ]
TELÉFONO FIJO: 6712261
TELÉFONO MÓVIL: 3207307242
CORREO ELECTRÓNICO: Alexandergutierrez@yahoo.es
CÓDIGO IPS: 5565

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE PA CD PE
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL A cargo de la EPS	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]							
2			R. [ ] U. [ ]							
3			R. [ ] U. [ ]							
4			R. [ ] U. [ ]							

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

35. Nombre o Razon Social: Alexander Gutierrez Galvis
36. Tipo documento de identidad: CC
37. Numero documento de identidad: 1180597770
DV:
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 25 # 21-16 Dosquebradas Risaralda 6712261 3207307242 Alexandergutierrez@yahoo.es
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DIA 02 2022
CARGO: Independiente
SALARIO: 877803

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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. 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 ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE PA CD SC PE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DIA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONTINUIDAD [ ] AFILIACIÓN SIMULTÁNEA [ ] EMBARAZO [ ] SERVICIOS ANALOGOS [ ]
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ del mes _____ del año _____ Desde el día _____

46. 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. [ ]
47. Declaración de no cotización simultánea al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. 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 respectiva y a las entidades públicas que sea necesario de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
52. Autorización para que la EPS mueva 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información a través de correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y la información de pensiones

Escaneado c

Colpensiones
Ven por tu futura ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALEXANDER MENA GUTIERREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **11805970,** se encuentra afiliado (a) desde **01/09/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/09/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el dia 20 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Escaneado c

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

001

3 Actualización de oficio

4. Numero de formulario 14510531422

(415)7707212489984(8020) 000001451053142 2

6. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 8 0 5 9 7 0	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 1 3	1 1 8 0 5 9 7 0	1 9 9 5 1 0 1 7

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENA	GUTIERREZ	ALEXANDER	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACION

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

41. Dirección principal: 24 - 15 BRR JARDIN ZONA MINERA

42. Dirección de cobro	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
		3 2 0 7 3 0 2 4 2	3 1 2 8 2 1 0 7 5 4

46. Correo electrónico

CLASIFICACION

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		52. Número establecimientos
1 1 0 2 0 0 8 0 1 7	8 5 5 1 2 0 1 3 0 4 2 3	50. Código:	2 1 4 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

48. Impto. renta y compl. régimen ordinar

49. Agente de RIA

Obligados aduaneros

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

Sección	1	2	3
57. Modo			
58. Clase			

SIGUIENTE: 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 2 0 1 9 0 5 2 0

La inscripción suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos de corrección, de suspensión, según el caso (artículo 1.6.1.2.10 del Decreto 1625 de 2016).

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984 Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985 Cargo

Fecha generación documento PDF 20-03-2020 01:09:38PM

Escaneado c

CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL FISIOSALUD S.A.S. NIT 818002335-9

Licencia Ocupacional Resolución N. 4242, 21 de septiembre de 2018

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha de diligenciamiento		Tipo de examen						
Día / Mes / Año	Hora		X	Pre empleo		Dermatológico		Trabajo en alturas
21/02/2020	3:43:00 p. m.			Periódico		Conducción		Espacios Confinados
				Retiro	X	Enfasis osteomuscular		Post Incapacidad

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de Identificación							Numero de identificación	Edad	Sexo	
NUIP		CC	X	TI		CE	11.805.970	42	F	M
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido			Segundo apellido			
ALEXANDER				MENA			GUTIERREZ			

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo al que aspira o actual	INSTRUCTOR	Tiempo en el cargo	INDEFINIDO
Empresa	SENA		

CONCEPTO

Pre empleo Ascenso Cambio de cargo		Sin restricion para el cargo	Periódico		Sin restricciones para el cargo
		Con restriccion para el cargo			Con controles por EPS
		Requiere nueva valoracion			Con controles por ARL
		Con limitaciones que no interfieren con el desempeño laboral			Requiere nueva valoracion
Trabajo en alturas		Sin restricciones para trabajo en altura	MANIPULACION DE ALIMENTOS		Sin restricción para manipular alimentos
		Con restricciones para trabajo en altura			Con restriccion para manipulacion de alimentos
		Con restriccion temporal para trabajo en alturas			Requiere nueva valoracion
		Requiere nueva valoracion			Con restriccion temporal para la manipulacion de alimentos
Retiro	X	Retiro normal	POST INCAPACIDAD		Sin restricciones para el cargo
		Retiro con controles por servicio de salud			Con restriccion temporal para el cargo
		Retiro con controles por ARL			Con restriccion permanente para el cargo
Requiere valoración de enfermedad diferencial		Psicología ocupacional			Médico especialista
		Médico general			Examen adicional

RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO

buena higiene y postura en el area de trabajo, pausas activas en la jornada laboral, dieta hipocalorica y ejercicios, espacios locativo adecuados para realizar su tarea

RESTRUCCIONES / OBSERVACIONES

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Aspirante o trabajador:		Nombre Médico:	
Nombre	ALEXANDER MENA GUTIERREZ		HASBLEIDY ALBERTO CORDOBA
Firma		Firma	
No. de Identificación	11.805.970	Sello	

Habilidad Ahorro Ciudadano
Medico Esp. Seguridad y
Salud en el Trabajo y
Licencia 1918 OCUPACIONAL 1973

B/ Yesca grande Calle 24 n. 5-28. Teléfono (4) 6725936/ 312 2581573. Correo Electrónico: fisiosaludchoco@gmail.com

Escaneado c

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALEXANDER MENA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11805970 realizó el día 18/03/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ALEXANDER MENA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11805970 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

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

Escaneado c

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 ALEXANDER MENA GUTIERREZ, con Cédula Ciudadanía No. 11805970 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/03/2020 y fecha fin de contrato 27/10/2020 con riesgo 5 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 debera 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): 2020010133113.

Dada en Bogotá. a los 2 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Escaneado c

Banco AV Villas | Grupo AVAL

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que ALEXANDER MENA GUTIERREZ identificado con el documento No. 11805970 posee en la oficina QUIBDO (530) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 530872493 desde el 01 de agosto de 2014.

FECHA DE EXPEDICION: 2020/03/16

Escaneado c

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

DECRETO 1082 DE 2015

NIT [illegible] EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD SUC	NO PÓLIZA	ANEXO
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-44-101181826	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
02	03	2020	02	03	2020	00:00	27	02	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
MENA GUTIERREZ, ALEXANDER			CC: 11.805.970
DIRECCIÓN: BARRIO BOSQUE	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO		TELÉFONO: 6720305

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO		
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 106	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELEFONO: 6723800
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0168, 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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1
408815 RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE CONSTRUCCION . EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/03/2020	27/02/2021	$2,389,600.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ ******7,000.00	$ ******5,130.00	$ **********32,130.00	$ *******2,389,600.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
LIDIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1004 - TELEFONO: 3695080 - MEDELLIN

65-44-101181826

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM — OFICINA PRINCIPAL CRA. 11 NO. 96 36 BOGOTA D.C. TELEFONO: [illegible]

Escaneado c

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 30 de noviembre de 2018

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:

NUIP - NIP	**1078002907**	MAYRA YARELY MENA AGUILAR	**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,

Alexander Mena G

FIRMA

Nombre: Alexander Mena G.

C.C. 1180547O

Escaneado c

1078002907

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43605236

Oficina de registro - Clase de oficina

Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X 01				33 01

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENA	AGUILAR

Nombre(s)

MAYRA YARELY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 06 Día 02	FEMENINO		

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

COLOMBIA · CHOCO QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51438618-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AGUILAR LEMUS YARELYS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 35.893.529 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MENA GUTIERREZ ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11.805.970 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENA GUTIERREZ ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11.805.970 DE QUIBDO	M.G

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes 007 Día 01	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Y M.G Firma	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE ORDENA HIJO NAUTRAL INSCRITO A FOLIO #145 DEL LIBRO DE VARIOS DE

TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO
NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE QUIBDO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Resumen Gerencial de Pago

Escaneado

línea

Resumen General de Pago

LES DEL APORTANTE

dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
8	MENA GUTIERREZ ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 25 24 16	QUIBDO-CHOCO	5555551	SI

LES DE LA LIQUIDACION

Clave			Tipo	Fecha		Pago		
Pago	Planilla		Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
0SC 7606	94040611 51		I	2020/03/17	2021/03/18	BANCO DE OCCIDENT	1	$92,000

DETALLADA DE APORTES

PLEADO				PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
acion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
PAL (1 Afiliados)				$321,862	$51,500			$321,862	$40,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
RINCIPAL (1 Afiliados)				$ 321,862	$51,500			$321,862	$40,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
CHOCO (1 Afiliados)				$ 321,862	$51,500			$321,862	$40,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
70	MENA LEXANDER	25-14	11	$321,862	$51,500	EPS037	11	$321,862	$10,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	0
filiados(L)				$ 321,862	$51,500			$321,862	$40,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0

este recibo Corresponde al pago del mes.
Correspondiente a la planilla o cuenta de cobro

Alexander Mena.
11 805 770.

Escaneado con CamScanner

Resumen General de Pago

CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADORAS: 1)			1	$51,500	$100	$0	$51,600
ES 25 14	900,336,004	7	1	$51,500	$100	$0	$51,600
ADORAS: 1)			1	$40,300	$100	$0	$40,400
EPS037	900,156,264	2	1	$40,300	$100	$0	$40,400
			1	$91,800	$200	$0	$92,000

Escaneado c