



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 - SERVICIO

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	00156-186939

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUDITH VALENCIA SALAS	C.C.	35.892.834	IP/N° de contacto	3105487353
Correo electrónico contratista:	jvalencia438@misena.edu.co				
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 ?	NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	530069194
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

N° del contrato:	1408705/2020	N° Compromiso SIIF	18520
Valor Total del Contrato	\$ 31.312.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 31.312.000	Periodo objeto de pago	Del 03/03/2020 Al 31/03/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 28.235.734	Comisiones	\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.076.266	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.076.266	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.813.379	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Marzo	Febrero			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS		dct1273/2018	Valor Base retención en la fuente	1.813.379,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.230.506	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.725.466,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 153.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 196.900	\$ 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	\$ 6.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8551	5.451,00	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	\$ -		Pro Utch	30.763,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ 307.627		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 604.460		VALOR A PAGAR	\$ 3.040.052,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: TRES MILLONES CUARENTA MIL CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Brindar apoyo en los diferentes cursos

Realizando las siguientes actividades:

Redacción de textos, la lectura, como escribir correctamente, signos de puntuación, cartografiara comprensión de textos.
con el objetivo de mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje.

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.

Judith Valencia Salas
JUDITH VALENCIA SALAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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 periodo 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,

Maria Isabel Palomeque
MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS
INSTRUCTOR G18

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

DATOS GENERALES																		
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PD)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR				
CC	35892834	JUDITH VALENCIA SALAS		INDIVID	0	0	2020-02	2020-02	8606045577	8606045577	PRIVADA	I	24-23	86				
DIRECCIÓN		Ciudad / Municipio	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	Teléfono	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR MÓDULO	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO					
BARRIO BOZICENTE		QUITO	1	CHOCO	27	9100487353	6710670	mariposa11@hotmail.com	8551	0	1	2020-03-16	2020-03-09					
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR USC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
888274	810000140	109800	0	0	0	0	0	109800	7	600	0	110400	0	0	0	0	110400	1
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS								
25-14	993336004	146500	0	0	0	7	800	0	141300	1								
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES																		
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR					
14-23	860011133	4600	0	0	0	9600	7	100	4700	0	0	0	4700					
TOTAL APORTES A ESAP																		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR												
0		7		0		0												
TOTAL APORTES A MINISTERIO																		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR												
0		7		0		0												
TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTES	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS												
SINCCF	0	0	7	0	0	1												
TOTAL APORTES A ICWF Y SENA																		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL PAGAR		NÚM AFILIADOS										
0		7		0		0		0										
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL PAGAR		NÚM AFILIADOS										
0		7		0		0		0										
NÚMERO ADMINISTRADORAS																		
PENSIONES 1																		
SALUD 1																		
RIESGOS LABORALES 1																		
CAJAS COMPENSACIÓN 0																		
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																		
PENSIONES 141300																		
SALUD 110400																		
RIESGOS LABORALES 4700																		
CAJAS COMPENSACIÓN 0																		
SENA 0																		
ICWF 0																		
ESAP 0																		
MINISTERIO 0																		
GRAN TOTAL 256400																		

Certifico que este recibo corresponde al pago de pensión, salud y ARL del mes de febrero 2020 para el pago del mes de Marzo según decreto 1273 - 2018

Judith Valencia Salas

CC: 35892834



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUSCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14652393279



(415)7707212489984(8020) 000001465239327 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 5 8 9 2 8 3 4 - 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

1 8

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

3 5 8 9 2 8 3 4

27. Fecha expedición:

1 9 9 9 0 3 1 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Chocó

30. Ciudad/Municipio:

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

VALENCIA

32. Segundo apellido

SALAS

33. Primer nombre

JUDITH

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

YEMAPAN EL PAN BIEN AYEMADO

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Chocó

40. Ciudad/Municipio:

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CR 9 12 174

42. Correo electrónico:

mariposa11@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 0 5 4 8 7 3 5 3

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

1 0 8 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 1 0 2 4

Actividad secundaria

48. Código:

1 0 8 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 1 0 2 4

Otras actividades

50. Código:

1 0 8 4 1 0 8 9

Ocupación

51. Código

1 3 1 5

52. Número establecimientos

1

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
5 4 2 4 8

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - 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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 8 2 3

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:



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

NOMBRE DEL PACIENTE: JUDITH VALENCIA SALAS		EDAD (AÑOS): 39
C.C: 35892834	EMPRESA: SENA CHOCO	
FECHA: 19/02/2020	CIUDAD: QUIBDÓ	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	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	-			HEMOCLASIFICACION	-	
OPTOMETRIA	-			GLUCEMIA	-			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:

SIN RESTRICCION

CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL

APLAZADO

☒
☐
☐

Recomendaciones médicas para el trabajador:

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

☒
☒
☒
☒
☐
☐
☐
☐
☒

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

Handwritten signature of the doctor, with a circular stamp of the Argosalud Quibdó office.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

Handwritten signature of the worker, Judith Valencia Salas.

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"

Dirección: Calle 28 N° 6 – 24 Teléfono: 6 723 259 / 3207210349 e-mail: argoisps@hotmail.com
Quibdó - Chocó



Hace constar:

Que el Sr(a) JUDITH VALENCIA SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35892834 realizó el día 16/03/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JUDITH VALENCIA SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35892834 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



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

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 JUDITH VALENCIA SALAS, con Cédula Ciudadanía No. 35892834 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 12/12/2020 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): 20200101320291.

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

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JUDITH VALENCIA SALAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **35892834**, se encuentra afiliado (a) desde **24/08/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 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.



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

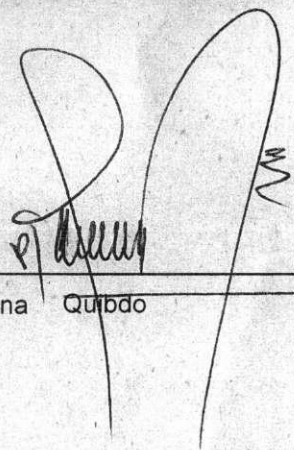
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que JUDITH VALENCIA SALAS identificado con el documento No. 35.892.834
posee en la oficina QUIBDO (530) una cuenta de ahorros
No. 530069194 desde el 22 de Julio de 2005

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Febrero de 2020

Atentamente,



Gerente Oficina Quibdo



Esta certificación tiene un costo de \$ 10.350,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

SUCURSAL: 23. PEREIRA

USUARIO: ASPRILLJ

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
29 02 2020

TOMADOR/GARANTIZADO: VALENCIA SALAS JUDITH		C.C. O NIT: 35892834 1	
DIRECCIÓN: CL 9 12 174		CIUDAD: QUIBDO	
E-MAIL: JUDITH@MISENA.EDU.CO		TELÉFONO: 3105487353	
ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		C.C. O NIT: 899999034 1	
DIRECCIÓN: CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE		CIUDAD: PASTO TEL: 7304656	
BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		C.C. O NIT: 899999034 1	
DIRECCIÓN: CL 22 11 E 05 VIA A ORIENTE		CIUDAD: PASTO TEL: 7304656	
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA DESDE 27 02 2020	DD MM AAAA HASTA 12 04 2021	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN NUEVA 3,131,200.00
INTERMEDIARIO		COASEGURO	
%	NOMBRE	COMPANIA	%
100.00	AGENCIA DE SEGUROS FMA		
		PRIMA	
		TRM 3,539.86	MONEDA PESOS
		PRIMA	VALORES 20,000.00
		CARGOS DE EMISIÓN	PESOS 7,000.00
		IVA	PESOS 5,130.00
		TOTAL	32,130.00
AMPAROS		VIGENCIA	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS
		Desde 27-02-2020 Hasta 12-04-2021	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS 3,131,200.00
			VALOR PRIMA EN PESOS 20,000.00
			DEDUCIBLE
			% 0.00 Mínimo 0.00
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			

OBJETO DE LA GARANTÍA:
 AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1408705 DE 2020 DE FECHA 27-FEB-2020 CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE TITULADA PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION EN COMPETENCIAS BASICAS EN ESPAÑOL EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.CO Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

VER NOTAS EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2596 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DEL SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SÓLO LOS GRANDES CONTRIBUYENTES (IVA - RÉGIMEN COMPUENIENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.) SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

LA PRESENTE GARANTÍA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANIA, DE CONFORMIDAD CON EL PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 60 DE 1993.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCAMENTE DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-00-05-07 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762014087728 18/04/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 060860 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Judith Valencia S
 TOMADOR



Confianza
 COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-00-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 16 de marzo de 2020

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:

NIT	1078458944	LOREN YISETH MORENO VALENCIA	HIJO
NIT	1078461466	GABRIEL STIVEN MORENO VALENCIA	HUO

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: JUDITH VALENCIA SALAS
C.C 35892834 De Quibdó.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1078458944	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	40860187
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina Jul 15 25/07				
Registratura	☐	Nómina	☒	Número
Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía COLOMBIA CHOCO QUIBDO				
Datos del inscrito				
Primer Apellido		Segundo Apellido		
MORENO		VALENCIA		
Nombres				
LOREN YISETH				
Fecha de nacimiento				
Año	2007	Mes	JUL	Día
11		SEXO (en letras)		Grupos Sanguíneos
FEMENINO		A+ POSITIVO		Factor RH
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)				
COLOMBIA CHOCO QUIBDO - CLINICA VIDA				
Tipo de documento antecedente o Declaración de fe				
CERTIFICADO MEDICO				
Número certificado de nacido vivo				
A 7570205				
Datos de la madre				
Apellidos y nombres completos				
VALENCIA SALAS JUDITH				
Documento de identificación (Clase y número)				
C.C. / 25.892.634 DE QUIBDO				
Nacionalidad				
COLOMBIANA				
Datos del padre				
Apellidos y nombres completos				
MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO				
Documento de identificación (Clase y número)				
C.C. / 11.810.759 DE QUIBDO				
Nacionalidad				
COLOMBIANO				
Datos del declarante				
Apellidos y nombres completos				
MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO				
Documento de identificación (Clase y número)				
C.C. / 11.810.759 DE QUIBDO				
Firma				
<i>Gabriel A. Moreno</i>				
Datos primer testigo				
Apellidos y nombres completos				
X X X X X X				
Documento de identificación (Clase y número)				
X X X X X				
Firma				
X X X X X				
Datos segundo testigo				
Apellidos y nombres completos				
X X X X X X				
Documento de identificación (Clase y número)				
X X X X X				
Firma				
X X X X X				
Fecha de inscripción				
Año	2007	Mes	JUL	Día
25		Nombre y firma del funcionario que inscribe		
BASILISA PALACIO GARCIA		Nombre y firma		

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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

NUIP 1078461466

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43678520

Detos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notario	☒	Número	02	Contado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	K9H		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
MORENO				VALENCIA			
Nombre							
GABRIEL STIVEN							
Fecha de nacimiento							
Año	2010	Mes	MAY	Día	15	Sexo (en letras)	Masculino
Grupo sanguíneo							
O							
Factor RH							
+							
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)							
COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO							

Tipo de documento antecedente o Declaración de hechos				Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO DE NACIMIENTO				52334070-4			

Datos de la madre							
Apellidos y nombres completos							
VALENCIA SALAS JUDITH							
Documento de identificación (Clase y número)							
C.C. # 35.892.834 De QUIBDO							
Nacionalidad							
COLOMBIANA							

Datos del padre							
Apellidos y nombres completos							
MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO							
Documento de identificación (Clase y número)							
C.C. # 11.810.759 De QUIBDO							
Nacionalidad							
COLOMBIANO							

Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos							
MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO							
Documento de identificación (Clase y número)							
C.C. # 11.810.759 DE QUIBDO							
Firma							
Gabriel A Moreno m							

Datos Primer testigo							
Apellidos y nombres completos							
XXXXXXXXXXXXXXXXXX							
Documento de identificación (Clase y número)							
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXX							
Firma							

Datos segundo testigo							
Apellidos y nombres completos							
XXXXXXXXXXXXXXXXXX							
Documento de identificación (Clase y número)							
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXX							
Firma							

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza			
Año	2010	Mes	MAY	Día	25	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO	
				Nombre y firma			

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO