SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	34491-707356

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO liradaju@misena.edu.co	C.C.	57.437.737	IP/N° de contacto	54130
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	N° Cuenta	34821276502
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:	1399808/2020				N° Compromiso SIIF	15020	
Valor Total del Contrato	$ 32.216.275	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.216.275	1	Del	27/02/2020	Al	29/02/2020	$ 379.015,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.837.260		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 379.015	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	**$ 379.015**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 116.633**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	4324202488
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 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	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 38.878	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	116.633,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	128.715,00	
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	901,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	7.580,00	2,000%
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	$ 370.534,00	

SON: TRESCIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión con líder de Articulación para la planificación de actividades 2020
Presentación de informes mensuales contractual mes de Febrero
Presentacion de planilla de cuenta de cobro SENA mes de Febrero
Pago de aportes de Seguridad Social Planilla 4324202488 del mes de Febrero

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.

LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO
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

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004828800	1|3|0|2|2|0|2|0

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RADA Primer apellido	JUVINAO Segundo apellido	LILIANA Primer nombre	MERCEDES Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	57437737	Femenino ☒ Masculino ☐	2|4|0|9|1|9|6|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

CL 8 17B 21 **Dirección**	**Telefono fijo**	3145845165 **Telefono celular**	LILIRADAJU@HOTMAIL.COM **Correo electronico**
SANTA MARTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	MAGDALENA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		UAB QUINTA AVENIDA - UOD QUINTA AVENIDA	STQUINTAAV - UODQUINTAA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO	CC	57437737	01

39.Ubicación

CL 8 17B 21 Dirección	4307737 Teleéfono	LILIRADAJU@HOTMAIL.COM Correo electrónico	SANTA MARTA Municipio/distrito	MAGDALENA Departamento

No de Radicacion
4004828800

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. 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 pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|1|2|0|2|0

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Liliana Rada J.	Liliana Rada J.

IX. ANEXOS

- **56.** ☐ Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- **57.** ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- **58.** ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- **59.** ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- **60.** ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- **61.** ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- **62.** ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- **63.** ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- **64.** ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- **65.** ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57437737
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO RADA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CONJ. RES. SANTILLANAS	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4324202488**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	6						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999431451				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 140.500	$ 700	$ 141.200
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 700**	**$ 141.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 500	$ 0	$ 109.800	$ 500	$ 0	$ 110.300
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 110.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD							ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57437737	RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES	INDEPEND		$ 877.803				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 251.500**

Planilla Pagada

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 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14432183104

(415)7707212489984(8020) 000001443218310 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 3 7 7 3 7	3	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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	5 7 4 3 7 7 3 7	1 9 9 1 0 9 1 1

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RADA	JUVINAO	LILIANA	MERCEDES

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
C A 41

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
liliradaju@hotmail.com		3 0 0 6 1 9 7 6 2 8	3 1 4 5 8 4 5 1 6 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 4 1 2 2 4	7 4 9 0	2 0 1 6 0 4 0 1				2 1 4 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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: 2 0 1 7 0 9 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generacion documento PDF: 13-02-2020 5:50:01 PM

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:127719

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 28/03/2019	EMPRESA: SENA	
NOMBRE: LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO	DOC. IDENTIDAD: CC 57437737	
CARGO: DOCENTE	EDAD: 50 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO 2) VISIOMETRIA

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [X] NO [ ]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [X] NO [ ]
REVALORACION POR OPTOMETRA Y USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION		

Edinson Gonzalez Varela
MEDICO OCUPACIONAL
RSE. MED. 744 23-03
1.50 1528

EDINSON GONZALEZ VARELA
CC 7143550
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 18419-2003
RS. SO: 1528-2013

LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO
CC 57437737
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD


CAPTURA BIOMETRICA

Ex:

28/03/2019

Test Results

Keystone View
Excellence in Vision Testing
www.keystoneview.com
(775)324-2799

Test Index: 1868
Fecha del Examen: 28/03/2019
Administró por: Admin

Nombre: RADA, LILIANA
ID: 57437737

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinía por: None
Anteojos/Lentes de Contacto: None
Problemas con Los Ojos: None

Nombre de Prueba	Lente	Día/Noche	Pasa/Falta	Resultado
Estereopsis	Lejana	Día	Normal	8 - Círculo
Visión de Color (Rojo/Verde)	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Vision de Colores Azul/Violeta	Lejana	Día	Anormal	Ninguno Correcto
Agudeza del Ojo Izquierdo	Lejana	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Derecho	Lejana	Día	Normal	20/30
Agudeza Binocular	Lejana	Día	Normal	20/30
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Lejana	Día	Normal	Lateral:2, Vertical:5
Visión Periférica (Campo Horizont	Lejana	Día	Normal	LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85
Agudeza Punta (B) - Izquierda	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza Punta (B) - Derecha	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Izquierdo	Cercana	Día	Anormal	20/40
Agudeza del Ojo Derecho	Cercana	Día	Normal	20/30
Agudeza Binocular	Cercana	Día	Normal	20/30
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Cercana	Día	Normal	Lateral:4, Vertical:5

Conclusiones: Un mensaje con resultado ANORMAL indica que los ojos del examinado están por debajo de los estándares de visión saludables. El examinado debe de referirse a un especialista.

Notas: EXAMEN REALIZADO CON LENTES

Created by:

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 56
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 116
Teléfono 341 8968
Celular: 316 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono:365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com,
atencionalusuarioips.sol@olimpuslab.com

Nombre	RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES		Fecha de recepcion:	12-feb.-2020 7:52 am	2123615
Identificacion	SO 57437737	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	51 Años 4 Meses 19 Dias	Tel. 3006197628	Empresa	PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL S	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFO			
LEUCOCITOS (WBC)	6.96	x 10^3/uL	5 a 10
% LINFOCITOS	36.12	%	17 a 45
% NEUTROFILOS	45.08	%	55 a 70
% MONOCITOS	8.75	%	3 a 14
% EOSINOFILOS	8.57	%	1 a 5
% BASOFILOS	1.48	%	0 a 2
LINFOCITOS # ABS	2.51	x10^3/uL	
NEUTROFILOS #ABS	3.14	x 10^3/uL	
EOSINOFILOS # ABS	0.60	x 10^3/uL	
BASOFILOS # ABS	0.10	x 10^3/uL	
MONOCITOS # ABS	0.61	x 10^3/uL	
GLOBULOS ROJOS	4.65	x10^6/uL	4.2 a 6.2
HEMOGLOBINA	12.75	g/dL	12.5 a 18
HEMATOCRITO	37.91	%	36 a 54
VOLCORPMEDIO(MCV)	81.56	fL	80 a 96
HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)	27.43	pg	27 a 33
CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)	33.63	g/dL	32 a 36
ANCHO DISTRIB ERITROCITARIA-SD	12.89	fL	
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	317.2	x10^3/uL	140 a 440
VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)	6.4	fL	
ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	0.2	%	
ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)	17.9	GSD	

Karen Cantillo
DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS Ltda.
Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 56
Callcenter: 368 8864 - 368 6865
Telefonos Directos
368 8340 - 368 1401 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Telefono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Telefono:385 1155
Celular: 301 247 0888
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Telefonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuarioips.sol@olimpuslab.com

Nombre	RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES		Fecha de recepcion:	12-feb.-2020 7:52 am	2123615
Identificacion	SO 57437737	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	51 Años 4 Meses 19 Dias	Tel. 3006197628	Empresa	PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL S	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	Preliminar
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO**	83	mg/dL	74 a 106
LIPEMIA			
COLESTEROL TOTAL **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** ACEPTABLE: HASTA 200 mg/dL, MODERADO : 200 - 239 mg/dL, ELEVADO. MAYOR O IGUAL A 240mg/dL	186	mg/dL	
TRIGLICERIDOS **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl	96	mg/dL	
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD **Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO** HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 55mg/dL RIESGO MODERADO: 35 - 55 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 35 mg/dL MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65mg/dL RIESGO MODERADO: 45 - 65 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 45 mg/dL	44.00	mg/dL	
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	122.80	mg/dL	0 a 130
VLDL COLESTEROL	19.20	mg/dL	0 a 30

Karen Cantillo
DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO	IDENTIFICACION: CC 57437737	HC: 57437737 - CC	EDAD: 51 Años	SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 24/9/1968	RESIDENCIA: CRA 8 #17B-21 CENTRO	TELEFONO:	MAGDALENA-SANTA MARTA	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: CASADO(A)	OCUPACION:		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 12/2/2020 - 16:43:04	FECHA EGRESO: 12/2/2020 - 16:49:52	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	PLAN: PARTICULARES SO	TIPO AFILIADO: Otro		
IPS: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIRECCION: CARRERA 5 N 26B-23	TELEFONO IPS: TEL SO		

ANTECEDENTES OTOLOGICOS			
EVOLUCION:	**FECHA:**	**USUARIO:**	**ANTECEDENTE:**
347975	12/02/2020	YRAMOS	NO REFIERE

EVALUACION OTOSCOPIA				
EVOLUCION:	**FECHA:**	**USUARIO:**	**OIDO DERECHO:**	**OIDO IZQUIERDO:**
347975	12/02/2020	YRAMOS	C.A.E.D NORMAL	C.A.E.I NORMAL

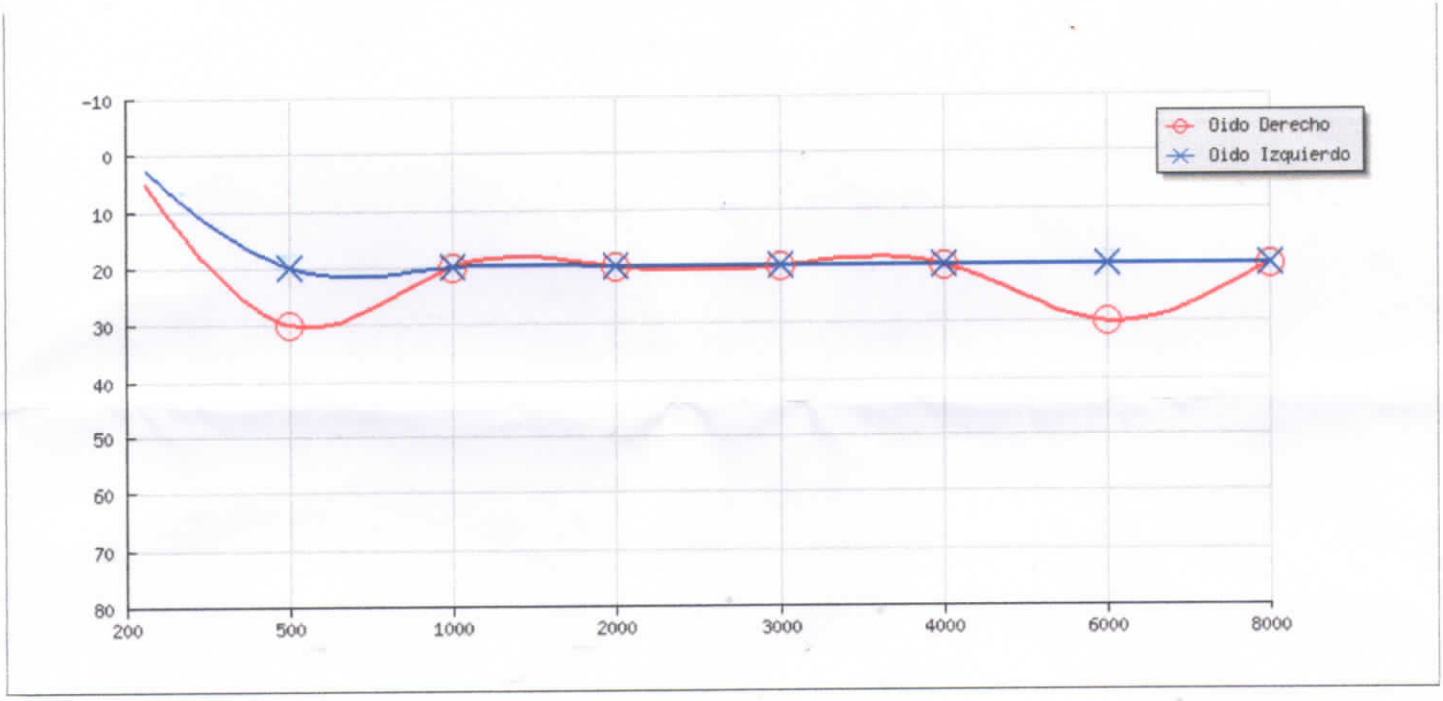
HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA							
TIPO DE ATENCION:		SALUD OCUPACIONAL					
FRECUENCIA	**500**	**1000**	**2000**	**3000**	**4000**	**6000**	**8000**
OIDO DERECHO	30	20	20	20	20	30	20
OIDO IZQUIERDO	20	20	20	20	20	20	20

CUADRO CLASIFICACION		
	OIDO DERECHO	**OIDO IZQUIERDO**
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz	23	20
UMBRAL: 4000Hz	20	20
ELI	Normal	Normal
SAL	Limites Normales	
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES	21.5% Normal	
NIOSH-1998		
NORMAL	X	X
HIPOACUSIA LEVE		
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		
ANSI-96(PTA)		
NORMAL		
HIPOACUSIA MINIMA		X
HIPOACUSIA LEVE	X	
HIPOACUSIA MODERADA		
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA		
HIPOACUSIA SEVERA		
HIPOACUSIA PROFUNDA		

OBSERVACIONES

AUDIOMETRIA NORMAL BILATERAL

AÛDIOGRAMA



ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

YELITZE MILENA RAMOS MADERA

Yelitze Milena Ramos Madera
Fonoaudiólogo CUI
C.C. 1.032.401.014

PROFESIONAL
REGISTRO: 1032401014
CC - 1032401014 - T.P 1032401014
AUDIOMETRIA SO

Imprimió: YELITZE MILENA RAMOS MADERA - YRAMOS

Fecha Impresión : 2020/2/12 - 16:49:59

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 57437737 realizó el día 27/09/2019 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

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 LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO, con Cédula Ciudadanía No. 57437737 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 27/02/2020 y fecha fin de contrato 25/11/2020 con riesgo 4 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): 20200101328989.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

SANTA MARTA, 12 de Febrero de 2020

Señores

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LILIANA RADA JUVINA identificado con C.C / T.I /R.C No 57437737 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco el (los) siguiente (s) producto (s):

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	348-212765-02	11	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.
Para confirmación de la información estamos ubicados en la CALLE 29 N° 15 - 100 Oficina Bancolombia OCEAN MALL Tel:4309496

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCOLOMBIA.
Santa Marta - Of. 916 Ocean Mall
Asesor de servicios Nº 156
Cédula Nº 45687869

COTY CALABRIA HERNANDEZ
ASESOR INTEGRAL II
SUCURSAL OCEAN MALL

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

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:
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	46	46-46-101002251	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
22	02	2020	27	02	2020	00:00	25	03	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES			Identificación:	57437737
Dirección:	CR 8 17B 21 CENTRO	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	3145845165

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	AV FERROCARRIL 27 97	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	4202164

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. 13999808 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ACUICOLA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/02/2020	25/03/2021	$ 3,221,627.50

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	$ 3,221,627.50	22/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
EGON SEGUROS LTDA	153961	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 CALLE 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 420

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR

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

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

EGON
SEGUROS LTDA.

900.753.569-4

Sucursal: **Santa Marta**

Recibo de Caja
Nro. 0183FEB2020

Fecha Emision Febrero 22 de 2020
Fecha Recaudo Febrero 22 de 2020

CLIENTE **LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO**
CC/CE/NIT 57.437.737

Sucursal: SANTA MARTA **TELEFONO** 3145845165
DIRECCION CR 8 NRO 17N 21 BRR CENTRO

DESCRIPCION DE PAGOS

Poliza	Certificado	Referencia	Aseguradora	Ramo	Valor prima	IVA	Valor total
46-46-101002251	0	CUMPLIMIENTO	SEG ESTADO	GEN	$ 27.000	$ 5.130	$ 32.130

FORMA PAGO **EFECTIVO**
VALOR TOTAL **$ 32.130**

Observaciones:

RECIBIDO COMPAÑÍA

PAGADO 22 FEB. 2020

RECIBIDO CLIENTE

SENA REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.1399808

En Santa Marta, el 27/02/2020, se reunieron: El(a) contratista y el(a) supervisor(a) del contrato que a continuación se describe, éste último(a) en representación del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA, con el fin de suscribir **ACTA DE INICIO**, tal como lo dispone la cláusula SEGUNDA del contrato, iniciando su ejecución a partir de la fecha.

CONTRATO NUMERO	CO1.PCCNTR.1399808	FECHA DEL CONTRATO	DD	MM	AA
			27/02/2020		

CLASE DE CONTRATO

Contrato de obra		Convenio interadministrativo	
Contrato de consultoría		Convenio recurso ley 344 de 1996	
Contrato de prestación de servicios	X		
Otro: ¿Cuál?			

OBJETO CONTRACTUAL

Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor para impartir formación profesional integral en los Programas de **ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA** del Centro Acuícola y Agroindustrial de Gaira del SENA Regional Magdalena, en la especialidad **ACUICOLA**.

CONTRATISTA

Nombre y/o razón social: **LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO**

Cédula de ciudadanía N° **57.437.737**

VALOR

Valor en números: **32.216.275,00**

Valor en letras: **TREINTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE**

PLAZO|||

El plazo de ejecución del presente contrato es de 8 Meses 15 días, sin exceder la presente vigencia presupuestal y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en este contrato.

SUPERVISOR-A

Nombre: YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
Dependencia: Coordinador Academico del Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira

Para constancia de lo anterior, se firma la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en Santa Marta.

Liliana M. Rada

LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO
Contratista

C.C. N° 57.437.737

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
Supervisor

C.C. N° 85473002