SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL

Código Regional	76
Código Centro	101076
Fecha Elaboración	20 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	36532-006568

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:	MARIA ISABEL SILVA ANDRADE gestoremprendimientotulua@gmail.com	C.C.	38.796.893	IP/N° de contacto	3163225111
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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	76225793197
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:	1405783/2020			N° Compromiso SIIF	42520		
Valor Total del Contrato	$ 38.800.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.800.000	1	Del	10/03/2020	Al	31/03/2020	$ 2.715.999,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.084.001		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.715.999	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	**$ 2.715.999**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.804.724**	**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	----------	**1028523194**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.086.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 135.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 173.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.700	$ 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	$ 601.575	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.804.724,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.406.299,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	13.580,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.702.419,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión de coordinación y planeación de las UP a atender en 2020 con el Profesional de Apoyo Regional SER.
Articulación con equipo de fortalecimiento de fase II para identificar necesidades de las UP programadas para la vigencia 2020; acogiendose a los lineamientos fijados por la coordinación nacional de emprendimiento.
Reunión con Profesional de Apoyo Regional SER para definir metas, alcances e indicadores vigencia 2020.
Diligenciamiento de los formatos establecidos por SIGA para el mes correspondiente a marzo 2020.
Analizar las Estructuras de Seguimiento Integrada de cada UP asignada validando los resultados de cada fase.
De acuerdo a la Estructura de Seguimiento Integrado elaborado por los instructores de la Fase II, se especificará con cada UP los alcances que se requieren con la fase III de fortalecimiento, teniendo como objetivo registrar y generar ventas, trabajo generado, clientes actuales; desarrollar potenciales, presentación y acceso a fuentes de financiación.
Entrega de formatos establecidos al Profesional de Apoyo Regional SER, de acuerdo a la programación mensual compartida por el Lider Misional Raul Arias.
Reunion con el Lider Misional Raul Arias. Asistencia a videoconferencia
Lineamientos Atención Grupos Asociativos Programa SER.

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MARIA ISABEL SILVA ANDRADE
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 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,

GERMAN SUAREZ GARCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

AURA ELVIRA NARVAEZ AGUDELO
DIRECTOR REGIONAL (E)

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Tuluá, 20 de marzo de 2020

Señor
German Suarez Garcia
SUPERVISOR CONTRATO No. 1405783 de 2020
Subdirector de Centro
Centro Latinoamericano de Especies Menores
Tuluá

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

Referencia: No 1405783 del año 2020

Maria Isabel Silva Andrade, identificado con la cédula de ciudadanía No. 38.796.893 de Tuluá, en mi calidad de Contratista del SENA, en programa SENA Emprende Rural-SER, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato asciende a la suma de treinta y ocho millones ochocientos mil pesos ($38.800.000), valor Incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera a) Diez (10) pagos iguales por los meses de marzo a diciembre de 2020, por valor de tres millones ochocientos ochenta mil pesos ($3.880.000) Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de ahorros No.76225793197, como aparece en la certificación de bancaria de la entidad financiera Bancolombia, cuyo titular es el (la) Contratista.

Plazo: Será hasta el 31 de diciembre de 2020.

OBJETO:
Prestación los servicios profesionales en el apoyo y asesoría necesarias a las unidades productivas creadas del programa SENA Emprende Rural - SER, en sus procesos de fortalecimiento.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar al líder de red regional y al profesional de apoyo regional - SER en la planeación de la atención y seguimiento al fortalecimiento empresarial de las unidades productivas creadas.	Reunión de coordinación y planeación de las UP a atender en 2020 con el Profesional de Apoyo Regional SER.	Lista de asistencia 12 de marzo 2020.

2	Apoyar a los emprendedores integrantes de las unidades productivas en sus procesos de fortalecimiento empresarial de acuerdo a los lineamientos fijados por la coordinación nacional de emprendimiento - programa SER.	Articulación con equipo de fortalecimiento de fase II para identificar necesidades de las UP programadas para la vigencia 2020; acogiendose a los lineamientos fijados por la coordinación nacional de emprendimiento.	Archivo Drive administrado por el Profesional de Apoyo Regional SER.
3	Realizar la planeación anual de sus actividades y cumplimiento de metas e indicadores de acuerdo a las herramientas dispuestas por la coordinación nacional de emprendimiento - programa SER.	Reunión con Profesional de Apoyo Regional SER para definir metas, alcances e indicadores vigencia 2020.	Lista de asistencia 12 de marzo 2020.
4	Apoyar en la preparación de las unidades productivas y empresas rurales creadas para la participación en eventos comerciales y gestión de clientes de orden regional y nacional.	Desarrollo de formatos de ventas y registro de visitantes y/o nuevos clientes para las unidades productivas que participarán en los eventos comerciales programados para el 2020; que permitan cuantificar resultados de estas actividades.	Formatos impresos.
5	Realizar el análisis y prospectiva de las oportunidades de negocios regionales como insumo para la oferta regional de proyectos, presentando avances al profesional de Apoyo Regional - SER mensualmente.	Se revisará estructura de seguimiento integrada de las UP asignadas para el I semestre 2020, donde se proyectará en plan de accion el análisis y prospectiva de las oportunidades de negocios regionales de cada una de ellas.	Estructura de seguimiento contenida en Carpeta creada en DRIVE administrada por el Profesional de Apoyo Regional SER.
6	Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol (SIGA), diligenciando los formatos establecidos.	Diligenciamiento de los formatos establecidos por SIGA para el mes correspondiente a marzo 2020.	Formato informe mensual de ejecución contractual, formato para pago de contratos por concepto de honorarios y/o prestación de servicios personales.
7	Analizar y presentar informe del estado de los indicadores de cada unidad productiva y empresa atendida, arrojado por la herramienta de diagnóstico establecida por el SENA.	Analizar las Estructuras de Seguimiento Integrada de cada UP asignada validando los resultados de cada fase.	Indicadores de la Estructura de Seguimiento Integrada de cada UP.

8	Diagnosticar las necesidades de formación y de asesoría técnica de las unidades productivas y empresas creadas, para determinar el apoyo de instructores y/o plan de formación complementaria.	Se contruirá un informe de necesidades de asesoría y formación complementaria para las UP fortalecidas en la vigencia 2020, a medida que se efectúan las visitas para definir c/u de ellas.	El informe se enviará al Profesional de Apoyo Regional SER al termino de cada semestre.
9	Concertar, socializar y hacer acompañamiento a la implementación de los planes de acción que se deban ejecutar en cada unidad productiva de acuerdo al diagnóstico realizado.	Concertar el Plan de Acción y alcances esperados con cada UP visitada con su debida programación.	Plan de acción con cada UP estipulado en la Estructura de Seguimiento Integrada.
10	Definir con el emprendedor los indicadores que permitan medir la evolución de la empresa durante el proceso de acompañamiento dado por el SENA enfocado especialmente en crecimiento en ventas, generación de empleo y trabajo decente, acceso a mercados, presentación a fuentes de financiación entre otros.	De acuerdo a la Estructura de Seguimiento Integrado elaborado por los instructores de la Fase II, se especificará con cada UP los alcances que se requieren con la fase III de fortalecimiento, teniendo como objetivo registrar y generar ventas, trabajo generado, clientes actuales; desarrollar potenciales, presentación y acceso a fuentes de financiación.	Implementación con cada UP formatos establecidos para el registro de ventas, trabajo generado, y soportes de F.F
11	Elaborar y presentar los informes mensuales de seguimiento de las unidades productivas acompañadas en los formatos establecidos por la coordinación nacional de emprendimiento - programa SER con calidad y oportunidad.	Se establece con el Profesional de Apoyo Regional SER la presentación de informes de las UP visitadas en cada de la vigencia 2020 con sus respectivas observaciones y soportes.	Informe de seguimiento establecido por la coordinación nacional de emprendimiento.
12	Elaborar el informe integral de cierre de la asesoría de las unidades productivas fortalecidas.	Se define entrega de informe final de cada UP fortalecida al termino de cada semestre con sus respectivos resultados.	Informe integral de cierre de cada UP presentados a la finalización de cada semestre con sus respectivos alcances.
13	Presentar oportunamente informes al profesional de apoyo regional SER y a la coordinación nacional de emprendimiento, en los formatos y plazos establecidos con calidad y oportunidad según lineamientos.	Entrega de formatos establecidos al Profesional de Apoyo Regional SER, de acuerdo a la programación mensual compartida por el Lider Misional Raul Arias.	Listado de asistencia 13 de marzo 2020.
14	Garantizar la adecuada y oportuna alimentación de los sistemas de registro,	Definido Plan de alimentación de información en las	Listado de asistencia 12 de marzo 2020

	financiación. - Evidencias de acuerdos comerciales. - Evidencias de eventos de fortalecimiento. - Estructura organizacional. - Informe final por cada unidad productiva. Otros determinados por la Coordinación Nacional.		consolidados en archivo DRIVE.
26	Consolidar el portafolio de evidencias para cada una de las Unidades Productivas en proceso de fortalecimiento, con base a los lineamientos de entregables y del procedimiento de fortalecimiento a Unidades Productivas, según los lineamientos de gestión documental del Centro de formación asignado, y de la Dirección General.	Consolidacion de evidencias de cada UP al finalizar cada semestre de la vigencia 2020.	Carpetas creadas y alimentadas según INSTRUCTIVO PARA EL GESTOR JUNIOR RURAL en DRIVE.
27	Presentar al profesional de apoyo misional de centro las necesidades de asistencia técnica de las unidades productivas en fortalecimiento a fin de articular el desarrollo del plan de asistencia técnica con AGROSENA.	Se estalece la entrega de un informe de necesidades de asistencia técnica para las UP atendidas en la vigencia 2020 al termino de cada semestre al Profesional de Apoyo Regional SER.	Informe de necesidades de asistencia técnica AGROSENA; en construcción.
28	Participar en las reuniones de seguimiento convocadas por el Subdirector de Centro, Coordinador Académico, líder de red SBDC.	Asistecia a reuniones programadas por el Lider Misional; Subdirector de Centro y Profesional de Apoyo Regional SER para el mes de marzo 2020.	Listados de asistencia 12, 13, 17 de marzo.

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

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

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

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. de la planilla 1028523194, SIMPLE correspondiente al mes de Febrero 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Maria Isabel Silva Andrade
Contratista
C.C. 38.796.893

Recibí a satisfacción:

German Suarez Garcia
Supervisor Contrato 1405783 de 2020
Subdirector de Centro

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-03-18, 04:05:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1028523194

Periodo Cotización: febrero de 2020 **Periodo Servicio:** febrero de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8807359120

PAGADO 17/03/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ISABEL SILVA ANDRADE		
Documento	CC38796893	**Dirección**	CALLE 26 B N 14 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2257788
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	TULUA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	CC 38796893
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 38796893	MARIA ISABEL SILVA ANDRADE	59	00	X																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 1.552.000	$ 248.400	(EPS065) EPS SANITAS	$ 1.552.000	$ 194.000	0.522	$ 1.552.000	$ 8.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 450.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.552.000	$ 1.552.000	$ 1.552.000	$ 0	$ 248.400	$ 194.000	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 450.600	$ 0	$ 450.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-5

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

127882518

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ✓ B. Colectiva D. De Oficio / Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Silva	Andrade	Maria	Isabel

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC X PA SC	38796893	Femenino X Masculino	12 09 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	1'332.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Call. 26b # 15-18	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3163225111	gestoremprendimientotulua@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Tulua	Urbana X Rural	Esperanza	Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS
C		
B	ADI	52633
R		

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 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 adquisición 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 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 trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 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 de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M 2 020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas		

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 Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los 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 Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga 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 vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad TOTAL

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos 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 conste 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 de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

E.P.S. SANITAS
TULUA
800.251.440-6
18 MAR. 2020
PARA ESTUDIO

Observaciones: Independiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14475797851

(415)7707212489384(8020) 000001447579785 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 8 7 9 6 8 9 3	4	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadania 1 3	3 8 7 9 6 8 9 3	2 0 0 3 1 0 0 2

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SILVA	ANDRADE	MARIA	ISABEL

35. Razón social.

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal
CL 26 B 15 18 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
marylin0912@hotmail.com		2 2 5 7 7 8 8	3 1 6 3 2 2 5 1 1 1

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
8 2 9 9	2 0 1 8 0 2 0 5					4 1 9 0	

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:	1	2	2	2																						

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 0 1

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 GONZALEZ DRADA MARIA EUGENIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-08-2018 12:03:05PM

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 MARIA ISABEL SILVA ANDRADE, con Cédula Ciudadanía No. 38796893 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 10/03/2020, para el contrato registrado con fecha desde 10/03/2020 y fecha hasta 31/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202001013202241.

Dada en Bogotá, a los 17 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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:
CALI	CALI	45	45-46-101007548	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
10	03	2020	10	03	2020	00:00	30	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	SILVA ANDRADE MARIA ISABEL			Identificación:	38796893
Dirección:	CALLE 26B 15-18	Ciudad:	TULUA - VALLE	Teléfono:	4315800

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SENA REGIONAL VALLE			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CL 52 2BIS 15	Ciudad:	CALI - VALLE	Teléfono:	4315800

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1405783 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL APOYO Y ASESORÍAS NECESARIAS A LOS INTEGRANTES DE LAS UNIDADES PRODUCTIVAS CREADAS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL - SER, EN SUS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO PARA LA FORMALIZACIÓN, CRECIMIENTO Y ESCALABILIDAD EMPRESARIAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS FIJADOS POR LA ENTIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/03/2020	30/04/2021	$ 3,880,000.00

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	$ 3,880,000.00	10/03/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	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 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

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.

Tuluá, 18 de marzo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

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

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

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47.978.000)
e. Por el año gravable 2019 no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019 no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en (Tuluá) a los 18 días del mes de marzo de 2020

Maria Isabel Silva Andrade CC. 38.796.893

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ISABEL SILVA ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38796893 realizó el día 17/03/2020 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 MARIA ISABEL SILVA ANDRADE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38796893 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

Certificado Bancario

Martes, 18 de Febrero de 2020

Señores
A QUIEN CORRESPONDA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA ISABEL SILVA ANDRADE identificado(a) con CC 38796893, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	76225793197	2014/06/04	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO