SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL ARAUCA

CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVIC

Código Regional	81
Código Centro	953010
Fecha Elaboración	2 de marzo de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	66183-479158

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN cclavijoe@sena.edu.co	C.C.	1.020.743.036	IP/N° de contacto	18851
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	31719390687
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1346481/2020		N° Compromiso SIIF	11420	
Valor Total del Contrato	$ 37.101.225	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.101.225	1	Del 06/02/2020	Al 29/02/2020	$ 3.491.880,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.609.345		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.491.880	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	$ 3.491.880	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.399.910	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	----------	4321950998
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.024.285	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 128.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 163.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 5.400	$ 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	$ 799.970	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.399.910,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.199.880,00	
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	31.999,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	$ 3.459.881,00	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se impartio formacion en los siguientes programas. tecnico en cocina, ficha No 1836848. tecnico en sistemas solares fotovoltaicos ficha No 1836781. tecnico en ejecucion de programas deportivos, ficha No 2024101.
Competencia: promover la interaccion idonea consigo mismo, con los demas y con la naturaleza, en los contextos social y laboral
Resultado de aprendizaje: Aplicar tecnicas de cultura fisica para el mejoramiento de su expresion corporal, desempeño laboral segun la naturaleza y complejidad del area ocupacional. Generar habitos saludables en su estilo de vida para garantizar la prevención de riesgos ocupacionales de acuerdo con el disgnostico de su condicion fisicaindividual y la naturaleza y complejidad de su desempeño laboral.

En el mes de febrero se ralizo trabajo de acondicionamiento fisico con los diferentes grupos de formacion, con el fin de que los aprendices vaya progresando poco a poco en la parte de la actividad fisica, se relalizaron diferentes capacidades fisicas con el fin de que cada aprendiz mejores su condicion fisica y mejore su calidad de vida, ya que la actividad fisica es importante para la salud.

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.

CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN
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,

YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
PROFESIONAL 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

EDDIE YOVANNY MILLAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Arauca Marzo 2 del 2020

Señor (a)
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1346481 del 2020
Profesional Grado 02
Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca
Arauca

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

Referencia: No CO1.PCCNTR. 1346481 del 2020

CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.020.743.036 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, 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 siete millones ciento un mil doscientos veinte cinco pesos $37.101.225

AUTORIZACIÓN	CDP	PERIODO	DIAS	VALOR MES	VALOR
		FEBRERO	24	$ 4.364.850	$ 3.491.880
		MARZO	30		$ 4.364.850
		ABRIL	30		$ 4.364.850
		MAYO	30		$ 4.364.850
		JUNIO	26		$ 3.782.870
		JULIO	18		$ 2.618.910
		AGOSTO	30		$ 4.364.850
		SEPTIEMBRE	30		$ 4.364.850
		OCTUBRE	30		$ 4.364.850
		NOVIEMBRE	7		$ 1.018.465
		DICIEMBRE			
TOTAL			255		$ 37.101.225

Plazo: Será hasta el (7) de (Noviembre) de 2020.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal, como instructor del Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, para ejercer en el programa de Formación Titulada y Complementaria, en TÉCNICO EN EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DEPORTIVOS Y RESULTADO DE APRENDIZAJE TRANSVERSAL , para la vigencia 2020

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

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1)	El instructor contratista se obliga a la realización, actualización permanente y presentación del Portafolio del Instructor adjuntando los formatos de calidad pertenecientes al proceso de ejecución de la formación asignada.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1st7xHXT2mQWu1ye3PaB6ShwsvQRZIstF	Enviadas subida al drive
2)	El instructor contratista deberá asistir a las capacitaciones y talleres pedagógicos realizados de acuerdo a los lineamientos de la Escuela Nacional de Instructores del Sena (ENI).	Jornada pedagógica de inducción y reinducción de los procesos de formación profesional integral	Listado de asistencia
3)	Cumplir con los planes de mejoramiento pedagógicos a los que haya lugar.		
4)	El instructor contratista deberá aplicar al proceso de certificación de la norma, o la evidencia de la inscripción efectiva al proceso o aportar al informe de ejecución contractual, el certificado de aprobación de la norma de competencia "orientar procesos formativos presenciales con base en los planes de formación concertados, 240201044" o la actualización "orientar formación presencial de acuerdo con procedimiento técnico y normativo 240201056" , esta obligación deberá verificarse por parte del Supervisor, y dejar	Ya me encuentro certificado en las normas relacionadas NIVEL INTERMEDIO– ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y NORMAVITVA	Certificado subido al drive

	evidencia de la misma.		
5)	El contratista deberá ejecutar su contrato conforme al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol "SIGA" del SENA el cual se encuentra documentado en la plataforma CompromISO.	Evaluacion de inducción de SIGA	certificado
6)	En cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y del artículo 6 de la ley 1562 de 2012, el (la) CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) y para la realización de cada pago derivado del mismo; estos pagos se acreditan únicamente por el sistema PILA o de Planilla Asistida o el que determine el Ministerio de Trabajo. Cuando corresponda, el (la) contratista también debe acreditar el pago oportuno de los aportes al SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar.	Pago de aportes correspondientes al mes de Enero Nº de planilla *4321950998* debidamente realizado en la plataforma del operador NUEVO SOI	Documento impreso y subida al drive
7) El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:			
	a. Procurar el cuidado integral de su salud.	Usar vestuario y calzado adecuado a mi labor.	
	b. El contratista informará al SENA la ARL a la cual desea afiliarse, para lo cual cada Centro de Formación, Dirección Regional, establecerán los procedimientos para afiliación a la ARL seleccionada por el	La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA	Certificado de afiliacion

	contratista e informará por escrito la fecha a partir de la cual quedó afiliado al sistema de riesgos laborales. (Art. 4 Decreto 723 de 2013).		
	c. El pago de los aportes al sistema de riesgos laborales se realizará de acuerdo a la clase de actividad establecida en el objeto y obligaciones del contratista en los términos establecidos en el Decreto 1607 de 2002. (Ley 1562 de 2012 y Decreto 1530 de 1996).	La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA	Certificado de afiliacion
	d. Los Elementos de Protección Personal que requiera el contratista para la ejecución del objeto del mismo correrán por su cuenta y antes de iniciar la ejecución el Supervisor le informará por escrito la clase y cantidad de elementos que se requieren y verificará sus condiciones de acuerdo con el tipo de riesgo a que esté expuesto. (Decreto 723 de 2013, art. 16 numeral 2).	Usar vestuario y calzado adecuado a mi labor	Fotografías al drive
	e. Exámenes médicos pre ocupacionales. El contratista deberá hacer entrega del examen médico pre ocupacional al Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General y/o sus homólogos en los Centros de Formación y Direcciones Regionales de acuerdo con el profesiograma y el objeto a desarrollar y dentro de los plazos establecidos legalmente. (Decreto 723 de 2013 art. 18).	Realización de los Exámenes Médicos Pre-Ocupacionales con fecha 21 de Febrero del año 2017	certificado
	f. El contratista se compromete a cumplir a cabalidad con las normas, reglamentos y la política de seguridad y salud en el trabajo establecida por la	Como buen instructor, doy pleno cumplimiento a todas las normas, reglamentos y políticas implementadas por el SENA.	

	entidad al igual que suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud e informar oportunamente al SENA acerca de los peligros y riesgos latentes en la ejecución contractual. (Decreto 1443 de 2014 arts. 5 y 10).	Al igual he suministrado información clara, veraz y completa sobre el estado de mi Salud y si fuere el caso, estaré dispuesto a informar por si se presentaren, sobre los peligros y riesgos latentes en el presente contrato.	
	g. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. h. 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.	A la fecha no he presentado incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	N.A
	h. 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.	Evaluación de inducción de SIGA	
	i. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.	NO he presentado novedades derivadas del contrato.	N.A
	j. Presentar el certificado de aprobación de la inducción al Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo como documento requerido para el primer pago de honorarios.	Realicé la inducción con fecha 29 del mes FEBRERO de 2020	Certificado PDF en Drive
	k. Asistir y realizar las actividades de capacitación presenciales o virtuales	Evaluación de inducción de SIGA	Certificado PDF en Drive

	programadas por el grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionadas con el Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de SIGA.		
8)	Participar en el cumplimiento de las diferentes actividades del SIGA, principalmente en las capacitaciones que los subsistemas del SIGA orienta y con los demás lineamientos establecidos, bien sea para el sostenimiento de la certificación de la NTC ISO 9001, como también para las actividades de implementación de la NTC ISO 14001.	Evaluación de inducción de SIGA	
9)	El contratista deberá diligenciarla planilla de cobro de honorarios de los contratistas de prestación de servicios utilizando el aplicativo http://contratistas.sena.edu.co	Presento la planilla Descargada de la plataforma https://contratistas.sena.edu.co/	Documento impreso y subido al drive
10)	El contratista con la firma del presente documento se obliga a no divulgar información directa, indirecta, próxima o remotamente, ni a través de ninguna otra persona o de sus subalternos o funcionarios, asesores o cualquier persona relacionada con ella, así como también a no utilizar dicha información en beneficio propio ni de terceros.		
11)	El contratista deberá vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan	*No poseo inventario*	N.A

	sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos de control y vigilancia. En consecuencia deberán sujetarse a las guías y/o procedimientos aplicables a los bienes fijados en la plataforma CompromISO; adicionalmente deberá estar atento a los mantenimientos preventivos y correctivos de los elementos, así como la hoja de vida de los bienes en la cual se date la información actualizada de los mismos, dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor y/o interventor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente.		
12)	El contratista que realice comisiones de servicios o desplazamientos autorizados por el supervisor deberá presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de finalización de la comisión, la respectiva legalización al área de Tesorería o quien haga sus veces; razón por la cual, el Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, Regional Arauca no autorizara giros por concepto de gastos derivados de comisiones, a quienes tengan pendiente legalizaciones por comisiones anteriores.	No he realizado comisiones de servicio	
13)	Las demás que se deriven del	No se han solicitado obligaciones adicionales	

	presente contrato y que sean consecuencia natural de las diferentes acciones iniciadas en cumplimiento de sus deberes o ejercicio profesional.	a las anteriormente relacionadas.	

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, fotocopia de la planilla-recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, Nº 4321950998 expedido por NUEVO SOI correspondiente al mes de enero del año 2020.

Evidencias en (14) folios

Cordialmente,

Firma:
CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN
Contratista
C.C. No. 1,020.743.036

Recibí a satisfacción:

Firma
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1332614 del 2020
Profesional Grado 02

El suscrito Profesional G-02 del Grupo de Formación Profesional Integral del Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, actuando en calidad del supervisor del Contrato de Prestación de Servicios Número No. CO1.PCCNTR. 1346481 del 2020.

CERTIFICA

CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.743.036 de Bogotá, cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato cuyo objeto es: Prestar servicios personales de carácter temporal, como instructor del Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, para ejercer en el programa de Formación Titulada y Complementaria, en TÉCNICO EN EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DEPORTIVOS Y RESULTADO DE APRENDIZAJE TRANSVERSAL, para la vigencia 2020.

En constancia a lo anterior se firma en Arauca, los 02 días del mes marzo de 2020.

YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 1346481 del 2020

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1020743036
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCION:	CLL 25 A N 1-70 TELÉFONO:	3202200
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la ac
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	43219509		TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	enero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/01/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN:				995873661

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
23201	230201- PROTECCION (INCI+PROTEC)	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.500	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 4.500
SUBTOTALES:									$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 4.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	COLOMBIANO EN EXTERIOR	SUSPENSIÓN TEMPORAL POR LICENCIA NO REMUNERADA O ACTIVIDAD RETIRO POR PENSIÓN	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	EDF	PENSIÓN									SALUD						ARP									PARAFISCALES								
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP			APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL PENSIONES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	UPC ADICIONAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	IBC	CCF		ICBF	ESAP	MINEDU	
																												SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1020743036	CAMILO ESTUPIÑAN CLAVIJO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIOS		$ 837.803				2KD															230201- PROTECCION (INCI+PROTEC)	30	$ 837.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	230037- NUEVA EPS	30	$ 837.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23- POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 837.803	10207430	$ 4.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 254.900

Planilla Pagada

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 14404902005

(415)7707212489984(8020) 000001440490200 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 7 4 3 0 3 6	7	Impuestos y Aduanas de Arauca (3 4)	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 7 4 3 0 3 6	2 0 0 7 0 7 0 3

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CLAVIJO	ESTUPIÑAN	CAMILO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Arauca 0 0 1

41. Dirección principal
CL 24 24 51 BRR SIETE DE AGOSTO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
camilo_clavijo_10_02@hotmail.com		3 1 1 8 3 6 4 4 1 6	

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 5 6 0	2 0 1 4 0 1 0 1						

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:	2 0																									

20- Obtención NIT

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 2 2 0

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 CLAVIJO ESTUPIÑAN CAMILO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435

BARRIO AMERICAS - www.bioanalisisips.com

32

Nombre Paciente:	Camilo Clavijo Estupiñan	**Identificacion**	**Codigo Unico Paciente:**
Empresa:	PARTICULAR-SENA	1020743036	2352
Direccion:	cl 24#24-51 siete de agosto	**Fecha Nacimiento:**	02/07/1989

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
3090	Masculino	27	Años	Soltero	Profesional Universitar	ARAUCA	21/02/2017 11:35:28
Objetivo:	Ingreso	**E.P.S. Afiliado:**	NUEVA EPS	**Cargo:**	INSTRUCTOR DE DEPORTES		
Contrato:				**Estrato:**	[2] - Bajo		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

[x]	APTO para el Cargo
[ ]	No APTO para el Cargo
[ ]	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

[ ]	Satisfactoria			
[ ]	No Satisfactoria			
Valoracion por:	E.P.S. [ ]	A.R.L. [ ]		

[ ] PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD [ ] Reubicar Trabajador [ ] Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

[ ] Auditivo [ ] Visual [ ] CardioVascular [ ] Respiratorio [ ] Ergonomico [ ] Dermatologia

[ ] Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: GLICEMIA EN SANGRE, COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL, COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) ENZIMATICO, TRIGLICERIDOS, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, VISIOMETRIA, VALORACION MEDICA CON ENFASIS EN CARDIOVASCULAR Y OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

Clinicamente no Presenta Ninguna Alteracion de la Salud.

RESTRICCIONES:

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

GENERALES: Higiene Postural. SEGUN I.M.C.: Dieta , Ejercicio Regular, Valoracion Por Nutricion. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Cardiovascular, Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS,. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Vladimiro Estrada / RM: Medico Especialista S.O, Lic 81.766

Medico Atendio 21/02/2017 11:35:28

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1020743038 realizó el día 26/02/2020 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 CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN identificado(a) con cédula de ciudadanía 1020743038 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
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 CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN, con Cédula Ciudadanía No. 1020743036 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 06/02/2020 y fecha fin de contrato 07/11/2020 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): 202001000409410.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 28 de Enero de 2020

Señores
SENA- ARAUCA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN identificado(a) con CC 1020743036, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31719390687	2014/02/03	ACTIVA

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

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

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Es el momento de

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2559988-9 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13105220 expedida el día 06 de Febrero de 2020 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en CUCUTA a los 06 días del mes de Febrero de 2020.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CO1-PCCNTR-1346481 DE 2020 POLIZA N° 2559988-9	Página 1 de 1

EL SUBDIRECTOR DE CENTRO, CON FUNCIONES DE DIRECTOR REGIONAL CERTIFICA QUE:

CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN, identificado (a) con la C. de C. No. 1.020.743.036 de Bogotá, cuyo objeto es: "Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor del centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca, para ejercer en el programa de formación titulada y complementaria, en técnico en ejecución de programa deportivo y resultado de aprendizaje transversal, para la vigencia 2020". En cumplimiento de la garantía señalada en el contrato.

Póliza N° **2559988-9**, expedida el 06 de Febrero de 2020, por la compañía Aseguradora Suramericana, junto a recibo de pago correspondiente, la cual garantiza:

A) **CUMPLIMIENTO:** Equivalente al diez por ciento 10% del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más.

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
06 de Febrero de 2020	08 de Mayo de 2021	$ 3.710.123,00

Que la misma cumple con los requerimientos establecidos en el contrato cuyo cumplimiento ampara y por lo tanto es aceptada y aprobada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1150 del dieciséis (16) de Julio de 2007, y el Decreto 1082 de 2015.

Para constancia de lo anterior, se suscribe a los seis (06) días del mes de Febrero del 2020.

EDDIE YOVANNY MILLAN
Subdirector de Centro, con funciones de Director Regional

Elaboró: Abo.Gina Paola León

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
CUCUTA, 06 DE FEBRERO DE 2020	2559988-9		13105220
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
EVA YOSENI MEDINA TORRES	14139	2632	01213105220

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1020743036	CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 24 # 24 51 B 7 DE AGOSTO		ARAUCA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1020743036	CAMILO CLAVIJO ESTUPIÑAN

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06-FEB-2020	08-MAR-2021	3.710.123,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
06-FEB-2020	08-MAR-2021	394	06-FEB-2020	08-MAR-2021	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$3.710.123	$11.130	$3.710.123,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2632	CUM002	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
14139	EVA YOSENI MEDINA TORRES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/05/2017	13 – 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS MEDIANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE SERVICIOS NO. C01-PCONTR-1346481 DE 2020, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL CENTRODE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA, PARA EJERCER EN EL PROGRAMA DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA, EN TECNICO EN EJECUCION DE PROGRAMAS DEPORTIVOS Y RESULTADO DE APRENDIZAJE TRANSVERSAL, PARA LA VIGENCIA 2020

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"
REGIONAL ARAUCA
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL
FECHA 06 FEB. 2020

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CL 15 NO. 1E-62 LOS CAOBOS
CUCUTA

DOCUMENTO PROTEGIDO ELECTRONICAMENTE BAJO EL CODIGO: 615480640

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN