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	**92017-927329**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR	**C.C.**	1.098.716.569	**IP/Nº de contacto**	3215866262
Correo electrónico contratista:	smgelvezv@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	842121535
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

Nº del contrato:	1331796/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**6520**		
Valor Total del Contrato	$ 37.238.850	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.238.850	**1**	**Del**	**03/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 3.761.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.477.350		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.761.500		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	**$ 3.761.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.499.450**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7742250287**	Valor Base retención en la fuente	2.499.450,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.504.600	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.332.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.100	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 240.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.326,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 833.150		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.728.174,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presenté el portafolio y éste se encuentra acorde a lo exigido por el SENA.
Se participó en jornada pedagógica de inducción y reinducción el dia 27 de febrero de 2020.
No he sido objeto de suscripción de planes de mejoramiento
Me encuentro certificada en la norma de competencia laboral, a partir del 31 de agosto del 2019.
Se realizó inducción de Seguridad y salud en el trabajo y capacitación modulo 1.
Pago de aportes correspondientes al mes de Enero de 2020, debidamente realizado en la plataforma del operador FEDECAJAS.
Uso vestuario y calzado adecuado a mi labor, equipos y herramientas adecuadas a mi labor.
La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA
Según mis actividades fui clasificado por la entidad en Tipo de riesgo I.
Uso de la Bata de Instructor
Realización de los Exámenes Médicos Pre-Ocupacionales con año 2019, con vigencia de 4 años
Como buen instructor, doy pleno cumplimiento a todas las normas, reglamentos y políticas implementadas por el SENA. Al igual he sumin
A la fecha no he presentado incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
NO he presentado novedades derivadas del contrato.
Realicé curso de INDUCCION SST- Modulo N 1 generalidades de seguridad y salud en el trabajo.

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.

SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR
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,

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

Arauquita, 2 de Marzo de 2020

Señora:
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISORA CONTRATO **No. CO1.PCCNTR.1331796**
Profesional G-02
Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca
Arauca

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual del 3 a 29 de Febrero del 2020.

Referencia: No CO1.PCCNTR.1331796 del 2020

Sandra Milena Gelvez Villamizar, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1098716569 de Bucaramanga, 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 del mes de Febrero del objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contralo asciende a la suma de TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($37.238.250,00).

Plazo: Será hasta el 7 de diciembre 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 PATRONAJE INDUSTRIAL DE PRENDAS DE VESTIR Y CONFECCION INDUSTRIAL DE ROPA DEPORTIVA, para la vigencia 2020

MES	VALOR HORA	HORAS AL DIA	DIAS EN EL MES	VALOR EN CONTRATO
FEBRERO	$ 37.615	5	20	3.761.500
MARZO		5	21	3.949.575
ABRIL		5	20	3.761.500
MAYO		5	19	3.573.425
JUNIO		5	18	3.385.350
JULIO		5	14	2.633.050
AGOSTO		5	19	3.573.425
SEPTIEMBRE		5	21	4.137.650
OCTUBRE		5	22	3.949.575
NOVIEMBRE		5	19	3.573.425
DICIEMBRE		5	5	940.375

CLÁUSULA 1. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA ESPECÍFICAS

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.	Presenté el portafolio y éste se encuentra acorde a lo exigido por el SENA.	Ver evidencias en OneDirve
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)	Se participó en jornada pedagógica de inducción y reinducción el dia 27 de febrero de 2020.	Ver evidencias en OneDirve
3)	Cumplir con los planes de mejoramiento pedagógicos a los que haya lugar.	No he sido objeto de suscripción de planes de mejoramiento	Ver evidencias en OneDirve
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 evidencia de la misma.	Me encuentro certificada en la norma de competencia laboral, a partir del 31 de agosto del 2019.	Ver evidencias en OneDirve
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	Se realizó inducción de Seguridad y salud en el trabajo y capacitación modulo 1.	Ver evidencias en OneDirve
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	Pago de aportes correspondientes al mes de Enero de 2020, debidamente realizado en la plataforma del operador SOI.	Ver evidencias en OneDirve

	de los aportes al SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar.		
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	Uso vestuario y calzado adecuado a mi labor, equipos y herramientas adecuadas a mi labor.	Ver evidencias en OneDirve
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 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).	La entidad realizó afiliación a la compañía POSITIVA	Ver evidencias en OneDirve
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).	Según mis actividades fui clasificado por la entidad en Tipo de riesgo I.	Ver evidencias en OneDirve
d)	Los Elementos de Protección Personal que requiera el contratista para la ejecución del objeto del mismo correrán por su cuenta y Ver evidencias en OneDirve 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).	Uso de la Bata de Instructor	Ver evidencias en OneDirve
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 año 2019, con vigencia de 4 años.	Ver evidencias en OneDirve
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 entidad al igual que suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud e informar	Como buen instructor, doy pleno cumplimiento a todas las normas, reglamentos y políticas implementadas por el SENA.	No Aplica.

	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.	No Aplica.
i)	Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.	NO he presentado novedades derivadas del contrato.	No Aplica.
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 curso de INDUCCION SST- Modulo N 1 generalidades de seguridad y salud en el trabajo.	Ver evidencias en OneDirve
K)	Asistir y realizar las actividades de capacitación presenciales o virtuales 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.	Se realizó evaluación SIGA	Ver evidencias en OneDirve
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.	He realizado participación permanente en las actividades programadas por los responsables del SIGA, como la evaluación.	Ver evidencias en OneDirve
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.	Se presentó la planilla Descargada de la plataforma https://contratistas.sena.edu.co/	Ver evidencias en OneDirve
10)	El contratista con la firma del presente documento se obliga a no divulgar	Me comprometo a no divulgar información directa, indirecta,	Ver evidencias en OneDirve

	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.	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 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.	No poseo inventario bajo mi responsabilidad de la entidad como cuentadante.	No aplica
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	No aplica
13)	Las demás que se deriven del presente contrato y que sean consecuencia natural de las diferentes acciones iniciadas en cumplimiento de sus deberes o ejercicio profesional.	No se han solicitado obligaciones adicionales a las anteriormente relacionadas.	No aplica

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. Planilla 9403197421 expedido por SOI correspondiente al mes de Enero del año 2020.

Evidencias en (10) folios

Cordialmente,

Firma: _____
Sandra Milena Gelvez Villamizar
Contratista
C.C. No. 1.098.716.569

Recibí a satisfacción:

Firma:_____
YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
Supervisora Contrato CO1.PCCNTR.1331796 de 2020
Profesional G-02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098716569
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	SARAVENA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 30 14 25	TELÉFONO:	8890000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7742250287**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/01/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	554360403		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 14.100
SUBTOTAL:			1	**$ 14.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 11.000
SUBTOTAL:			1	**$ 11.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 26.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098716569
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	SARAVENA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 30 14 25	TELÉFONO:	8890060
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo a la educación.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7742250287	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):			2020/01/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			554360403

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 14,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100	$ 0	$ 14.100
SUBTOTALES:										$ 14.100	$ 0	$ 14.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 11.000
SUBTOTALES:													$ 11.000	$ 0	$ 0	$ 11.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,000	$ 1,000	$ 0	$ 0	$ 1,000
SUBTOTALES:									$ 1,000	$ 0	$ 0	$ 1,000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1098716569	GELVEZ VILLAMIZAR SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 877.803			NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
[illegible]																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	3	$ 87.781	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 14.100

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
ESSC24-COOSALUD ESS	3	$ 87.781	$ 11.000	$ 0	$ 11.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 87.781	109871656	$ 1.000

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 26.100

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 14680968813

(415)7707212489984(8020) 000001468096881 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 7 1 6 5 6 9	1	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 9 8 7 1 6 5 6 9	2 0 1 0 0 1 2 2

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GELVEZ	VILLAMIZAR	SANDRA	MILENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

41. Dirección principal: CL 30 14 25

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

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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: GELVEZ VILLAMIZAR SANDRA MILENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ODONTO – MEDICINA "SERVIR"
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LTDA
NIT. 900131834 – 2 REGIMEN COMUN

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL - CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: SENA CIUDAD: SARAVENA FECHA: 11.04.19

PREOCUPACIONAL	X	POSOCUPACIONAL		PERIODICO	
REINTEGRO		TRABAJO EN ALTURAS		OTROS	

NOMBRES Y APELLIDOS: SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR EDAD: 27

IDENTIFICACIÓN 1.098.716.569 CARGO: INSTRUCTORA TELEFONO: 321-5866262



EXAMENES PRACTICADOS

Examen Médico Ocupacional	X	Psicología		Hemoclasificación		Creatinina	
Examen Osteomuscular	X	Glicemia	X	Parcial de Orina		Transaminasas TGO/TGP	
Audiometría	X	Colesterol Total	X	Koh de Uñas		Fosfatasa Alcalina	
Visiometría	X	Colesterol HDL	X	Frotis Faringeo		Sustancias Psicoactivas	
Optometría		Colesterol LDL	X	Coprológico		RX de Columna	
Espirometría	X	Triglicéridos	X	Serología		RX de Torax	
Electrocardiograma		Cuadro Hemático		Bun		Pruebas de equilibrio	

OTROS:

CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO	X
CON RESTRICCION PARA EL CARGO	

RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	NO
RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO

RESTRICCION PARA ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO
APLAZADO	SI	NO

EXAMEN MEDICO DE INGRESO:	
X	Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo
	Presenta condicion médica que no disminuye su capacidad laboral
	Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar
	Presenta condición médica que no cumple con los requisitos

EXAMEN MEDICO PERIODICO O REINTEGRO	
	Satisfactorio
	Condición que requiere valoración por su EPS
	Evaluar puesto de Trabajo
	Posible condición médica generada por la labor, requiere ser valorado por EPS

EXAMEN MEDICO DE EGRESO	
	Satisfactorio
	Con condición de enfermedad o lesión que debe ser valorada en la entidad de Salud a que se encuentre afiliado (a)
	Se dan recomendaciones especificas sobre condiciones de salud

OBSERVACIONES: VER RECOMENDACIONES.

RECOMENDACIONES: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. REALIZAR UN MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y POSTURAS. USO DE EPP ADECUADOS PARA LA LABOR. USAR PROTECCION AUDITIVA ADECUADA INTRA Y EXTRALABORAL SEGUN EXPOSICION A RUIDO. UTILIZAR PROTECCION RESPIRATORIA.

MEDICAS	
Remisión a EPS	
Control P y P por EPS	
Se prescribe tratamiento	
Continuar tratamiento médico	
Toma de citología vaginal	
Toma de PSA	

ESTILO DE VIDA	
Dieta balanceada	X
Ejercicio regular	X
Valoración nutricional	
Activ. Sano esparcimiento	X
Dejar habito de fumar	
Reducir consumo de alcohol	

INCLUSION SVE	
Salud Visual	
Cuidado auditivo	
Cardiovascular	
Osteomuscular	X
Rx Ionizante	
Riesgo Psicosocial	

INCLUSION SVE	
Riesgo Químico	
Riesgo Biológico	
Material Particulado	X

* Autorizo al (a la) doctora abajo mencionado (a) a realizar en mi el examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es) registrados en este documento. El doctor abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de prueba. 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 ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento de Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo 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. Certifco que la información suministrada es completa y veridica, que no he omitido ninguna información sobre mi estado de Salud y que comprendí las explicaciones y recomendaciones del médico*

NOMBRE DEL MÉDICO-FIRMA-REGISTRO Y LICENCIA S.O	FIRMA DEL TRABAJADOR E IDENTIFICACIÓN
Jorge Luis Gomez Echeverria MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Resolución 81-1217 UAESA	1098716569

Calle 25 No 16A - 34 B/ Seis de Octubre - Saravena—Arauca E-mail: jlgomez118@gmail.com Cel: 320 952 2791

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098716569 realizó el día 27/02/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098716569 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

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

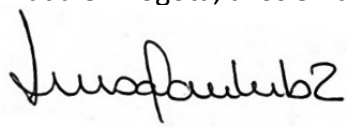
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR, con Cédula Ciudadanía No. 1098716569 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 01/02/2020 y fecha fin de contrato 05/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000336044.

Dada en Bogotá, a los 31 días del mes de enero de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

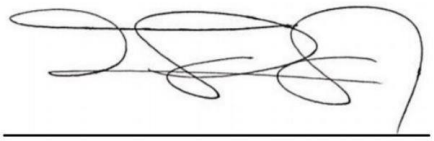
Que nuestro(a) cliente **SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.098.716.569** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS BLUE No. 842121535** aperturada el **11 de abril del 2019,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **27** días del mes de **febrero** del año **2020.**

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0842121535**
Cuenta de 16 dígitos: **0842000200121535**
Cuenta de 20 dígitos: **00130842000200121535**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA ACTA DE APROBACIÓN DE POLIZA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° C01.PCCNTR-1331795 DE 2020 POLIZA N° 2555957-2	Página 1 de 1

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

SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR identificado (a) con la C. de C. No. 1.098.716.569 de Bucaramanga (Sder), 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 PATRONAJE INDUSTRIAL DE PRENDAS DE VESTIR Y CONFECCION INDUSTRIAL DE ROPA DEPORTIVA, para la vigencia 2020". En cumplimiento de la garantía señalada en el contrato.

Póliza N° **2555957-2,** expedida el 31 de enero 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
31 de enero de 2020	06 de Abril de 2021	$ 3.723.825,00

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 treinta y uno (31) días del mes de enero del 2020.

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

Elaboro: Gina Paola León

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza	Documento
CUCUTA, 31 DE ENERO DE 2020	2555957-2	13097038

Intermediario	Código	Oficina	Referencia de Pago
EVA YOSENI MEDINA TORRES	14139	2632	01213097038

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos
1098716569	SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 30 # 14 25 CENTRO	SARAVENA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1098716569	SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR

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	31-ENE-2020	06-ABR-2021	3.723.825,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
31-ENE-2020	06-ABR-2021	431	31-ENE-2020	06-ABR-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	$3.723.825	$11.171	$3.723.825,00

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		

SURAMERICANA
NIT 890903407-9
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	25/06/2017	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 EJECUCUON DEL CONTRATO DE SERVICIOS NO. CO1¿PCCNTR¿1331795 2020, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR DEL CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA, PARA EJERCER EN EL PROGRAMA DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA, EN PATRONAJE INDUSTRIAL DE PRENDAS DE VESTIR Y CONFECCION INDUSTRIAL DE ROPA DEPORTIVA, PARA LA VIGENCIA 2020.

APROBACIÓN DE PÓLIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
"SENA"
REGIONAL ARAUCA
DIRECTOR CENTRO DE GESTION
Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL
FECHA 31 ENE. 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407-9

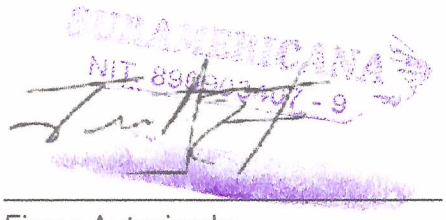
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2555957-2 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13097038 expedida el día 31 de Enero 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 31 días del mes de Enero de 2020.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

La suscrita 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.1331796 del 2020.

CERTIFICA

SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.098.716.569 de Bucaramanga, 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 PATRONAJE INDUSTRIAL DE PRENDAS DE VESTIR Y CONFECCION INDUSTRIAL DE ROPA DEPORTIVA, para la vigencia 2020.

Periodo de Certificación: Del 03 al 29 de febrero de 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.1331796 DEL 2020