SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**18127-722563**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	91.111.247	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elmartinezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0839230141
IP/Nº de contacto:	3015435247	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5873619/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**119824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EN PL 6 M 2 DIAS VR 4.465.545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**30/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.090.973
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 27.090.973
Valor Bruto Pago:			**$ 148.852,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.942.121

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 148.852	Ninguno	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	**$ 148.852**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**29897101**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 650.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 81.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 104.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 6.800	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 14.885	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 0	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	0,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	148.852,00	
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 - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
Reteica - 8551 - SOCORRO	744,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$148.108,00**	

SON: CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA Nº 2709788 Actividad de Aprendizaje: Reconocer las obligaciones DÍA 30 DE MAYO TOTAL HORAS 5

FICHA Nº 2919417 Actividad de Aprendizaje: Identificar los requerimientos DÍA 30 DE MAYO TOTAL HORAS 5

FICHA Nº 2729557 Actividad de Aprendizaje: Reconocer las obligaciones DÍA 31 DE MAYO TOTAL HORAS 5

TOTAL HORAS DE FORMACIÓN 15

ACTIVIDADES ADICIONALES DEL 30 AL 31 DE MAYO 2709788 2919417 2729557 TOTAL HORAS 6

TOTAL HORAS MES DE MAYO 21 HORAS

Adición pago seguridad planila N0. 30212476

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

ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
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 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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO identificado(a) con CC 91111247 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/01/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-SOCORRO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de junio del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.111.247**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141042490901

(415)7707212489984(8020) 000014104249090 1

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

IDENTIFICACIÓN

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	9 1 1 1 1 2 4 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	CHAMORRO	ELKIN	FERNEY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

41. Dirección principal: CL 20 751

42. Correo electrónico: elkinmartinezch1021@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 4 3 5 2 4 7	3 1 1 4 5 3 7 2 3 6

CLASIFICACIÓN

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 4 2	2 0 1 7 0 1 0 2	6 9 2 0	2 0 0 9 0 3 0 2	4 7 9 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2024 - 05 - 24 / 09 : 36: 55

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91111247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-06-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-14
FECHA DE PAGO:	2024-05-23
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	29897101
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29897101
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 693.334	$ 0	$ 0	$ 700	$ 86.700	$ 87.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 693.334	$ 0	$ 0	$ 900	$ 111.000	$ 111.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 197.700	$ 199.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/06/2024

RAZÓN SOCIAL :	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91111247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-14
FECHA DE PAGO:	2024-06-20
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	30212476
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30212476
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 300	$ 7.300	$ 7.600
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 300	$ 7.300	$ 7.600
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 300	$ 7.300	$ 7.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/06/2024

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT.: 900.208.594-2
CALLE 13 No. 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

MOTIVO DE EVALUACIÓN					
☑ 1. INGRESO	☐ 3. RETIRO	☐ 5. REUBICACIÓN	MUNICIPIO:	755	SOCORRO - EL CENTRO
☐ 2. PERIÓDICO	☐ 4. CALIFICACIÓN	☐ 6. OTRO	DEPARTAMENTO:	68	Santander

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE EMPRESA:	PARTICULAR	8692	8692

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE TRABAJADOR:	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO			FECHA:	2024-05-27
IDENTIFICACIÓN:	CC-91111247	FECHA NACIMIENTO:	26/01/1982	EDAD:	42
RESIDENCIA:	SOCORRO - EL CENTRO - Santander	TELÉFONO:	Tel.: Cel.:3015435247	ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL

ARL	EPS	FP
	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR SA

ESTADO CIVIL:	Soltero	ESTRATO	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☑ 5 ☐ 6 ☐	HIJOS:	SI ☐ NO ☐	CUANTOS HIJOS:	1

DIAGNÓSTICOS			
	A	E785	Hiperlipidemia no especificada
	B		
	C		

RESTRICCIONES NO RELACIONADAS CON LA OCUPACION	Ninguna. Examen osteomioneuroarticular dentro de rangos normales. Examen de ingreso paciente con patologia de origen comun que no limita la labor.
RESTRICCIONES RELACIONADAS CON LA OCUPACION	Ninguna.
RECOMENDACIONES	Educo en estilos de vida saludable, dieta alta en fibra, control de colesterol en cuatro meses.

CLASIFICACIÓN DE APTITUD3, EMPRESA QUE REALIZO LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y QUIEN TIENE A CARGO SU CUSTODIA.

MEDICAL ARMONY CALLE 13 No. 14 - 61 Telefono: 7274987 DRA. LUZ ALBA DUARTE GALVIS

CLASIFICACIÓN DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	☑	REQUIERE REVALORACIÓN	SI ☐ NO ☐	EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO	SI ☐ NO ☐
CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	☐			EXMEN DE EGRESO NORMAL	SI ☐ NO ☐
EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGÍA DE ORGEN COMUN	SI ☐ NO ☐	EXMEN DE EGRESO CON PATOLOGÍA OCUPACIONAL	SI ☐ NO ☐		

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1262/
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 024646/2015

Leonardo Aguilar Galvis

TRABAJADOR C.C.: 91111247

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO** identificado con **CC** No. **91111247**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 29/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015424629.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

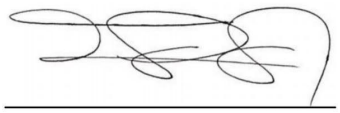
Que nuestro(a) cliente ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 91,111,247 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 839230141 aperturada el 18 de febrero de 2019 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de junio de 2024.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0839230141
Cuenta de 16 dígitos:	0839000200230141
Cuenta de 20 dígitos:	00130839000200230141

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

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101019862	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
29	05	2024	29	05	2024	00:00	31	03	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY			C.C. :91,111,247
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 20 7-51	SOCORRO - SANTANDER		3015435247

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 22 NRO 9-82	SAN GIL - SANTANDER		6077248113
ADICIONAL:			

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. CESION CO1.PCCNTR.5873619 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN LA RED GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROS EN EL ÁREA TEMÁTICA CONTABILIDAD

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	29/05/2024	31/03/2025	$ 2,709,097.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 2,709,097.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	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 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101019862
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91111247 realizó el día 31/05/2024 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 ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91111247 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.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91111247 el día 31/05/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.



Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 30 de Mayo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1.100.971.908	Maria Paula Martinez Galofre	Hijo(a)

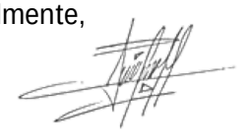
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

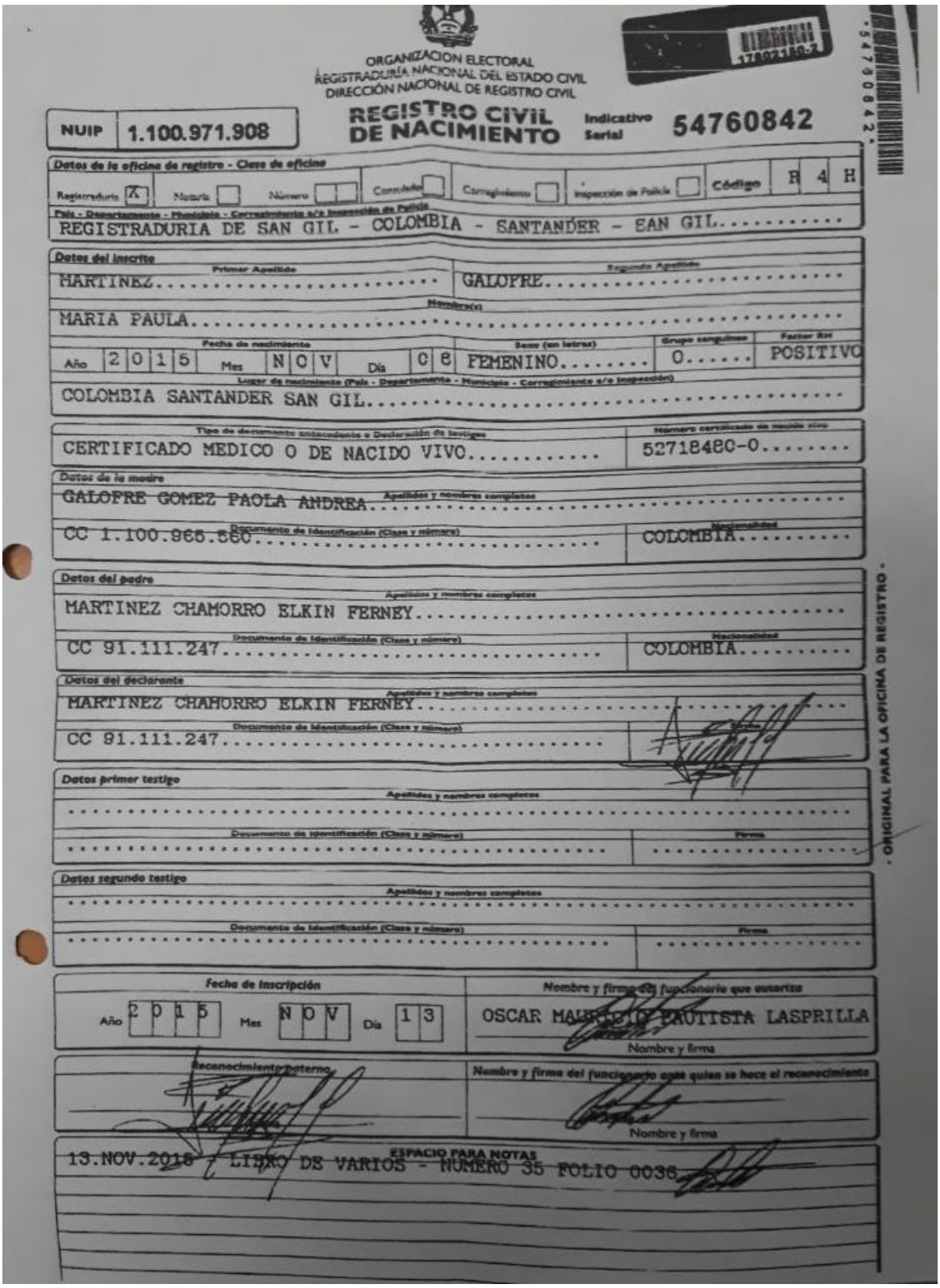
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
C.C. 91111247



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.100.971.908

Indicativo Serial 54760842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido: MARTINEZ | Segundo Apellido: GALOFRE

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes NOV Día 08 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 52718480-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GALOFRE GOMEZ PAOLA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.100.965.560 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma

Fecha de inscripción: Año 2015 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

13.NOV.2015 / LIBRO DE VARIOS - NUMERO 35 FOLIO 0036

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -