SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	62281-979590

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LORAIN IRINA ABRIL VALDES	**C.C.**	1.017.157.704	**IP/N° de contacto**	44513
Correo electrónico contratista:	labril@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 ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	53687744299
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1408867/2020			**N° Compromiso SIIF**	19820	
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.896.000	1	**Del**	03/03/2020	**Al** 31/03/2020	**$ 2.688.300,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.207.700		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.688.300		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.688.300**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.786.275**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	———	DSO1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.075.320	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 134.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 172.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 595.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.786.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.381.700,00	
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	4.763,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	26.883,00	1,000%
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	**$ 2.656.654,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza Guía de Aprendizaje de acuerdo con la Estructura Curricular de la complementaria en el área:primera infancia.
Se solicitó un ambiente de aprendizaje idóneo para el desarrollo de la formación: Sena regional chocó
Se planéan las actividades relacionadas con la fase de Ejecución.Competencia: Fortalecimiento pedagógico comunitario en la P.I
Y Proyectos pedagogicos para la educación Inicial.
se desarrollaron diferentes actividades inmersas en la estructura curricular, Exposiciones, mesa redondas,
foros de discusión,talleres, socialización de la temática etc.
Recolección de documentosy focalizacion de aprendices en diferentes intituciones para la formación complementaria.
Se hizo el reporte mensual sobre los avances de los programas.
Se realizó la evaluación de los resultados de aprendizaje en la plataforma Sofia Plus.
Se reportaron 160 horas dedicadas a la realización de actividades laborales en la formación.
Presente examen y evidencias en la norma de competencia.

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.

Lorain Abril V.

LORAIN IRINA ABRIL VALDES
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,

Maria Isabel Palomeque

MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS
INSTRUCTOR G18

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

LA EPS COMFACHOCO EPS

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): LORAIN IRINA ABRIL VALDES

Identificación : CC 1017157704

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente

Municipio: QUIBDO

Categoria: A

IPS Asignada CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO

IPS Secundaria

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 23/04/2019

Regimen: ***CONTRIBUTIVO***

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Documento del Aportante	***Razon Social***	***Fecha Inicio***
1017157704	LORAIN IRINA ABRIL V	23/04/2019

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

Identificación	***Nombre***	***Fecha Movilidad***	***Estado***	***Tipo***	***Fecha Retiro***

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe , el día 24 de febrero de 2020.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

Wilner Sepúlveda

WILNER SEPULVEDA SERNA
ANALISTA DE INFORMACION
COMFACHOCO EPS

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LORAIN IRINA ABRIL VALDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.017.157.704**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

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.

Escaneado con CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

o OS: 8646652657 DV: 591151

Cajero: YAJAPARA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/03/2020 16:51:40

PS Recaudador:
905924 BARRIO PAN DE YUCA CARRERA 6

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1017157704

Nombre: LORAIN
Apellido 1: ABRIL
Apellido 2: VALDES
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3123333333
Codigo Planilla: 4329473961
Fecha Pago: 2020/02
Comision: 0
Iva Comision: 0
Valor
$257.500,00

Valor recibido: $257.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1017157704
AL:	LORAIN IRINA ABRIL VALDES
QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
LA COHIMBRA TELÉFONO:	7777777
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
ÓN: ÚNICO	
O PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

4329473961	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
AÑO: 2020	SALUD:	AÑO:	2020
13			
Id): 2020/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999447035

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN			
ADMINISTRADORA			
NOMBRE			
230301-PORVENIR		1	$ 141.900
SUBTOTAL:		1	**$ 141.900**
SALUD			
ADMINISTRADORA			
NOMBRE			
CCFC20-COMFACHOCO		1	$ 110.900
SUBTOTAL:		1	**$ 110.900**
RIESGOS PROFESIONALES			
ADMINISTRADORA			
NIT / CODIGO / NOMBRE			
860011153 / 14-23 / 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	$ 4.700
SUBTOTAL:		1	**$ 4.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 257.500**

Yo Lorain Irina Abril Valdes, Catifico que esta Planilla Corresponde Al Mes de Febrero, ARL, Salud y pension y seguridad Social.
Lorain Abril Valdes.

Lorain Abril V.
1017 157704

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14545546947

(415)7707212489984(8020) 000001454554694 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 7 1 5 7 7 0 4	4	Impuestos de Medellín 1 1	

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 1 7 1 5 7 7 0 4	2 0 0 6 0 4 2 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ABRIL	VALDES	LORAIN	IRINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 74 53 118

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
LORAIN124@MSN.COM		5 8 6 8 4 1 8	3 2 0 6 7 8 9 7 7 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 0 4 1 0					3 4 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	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 1 9 0 5 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 24-02-2020 10:31:28AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

CENTRO TERAPEUTICO INTEGRAL FISIOSALUD S.A.S. NIT 818002335-9

Licencia Ocupacional Resolución N. 4242, 21 de septiembre de 2018

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha de diligenciamiento		Tipo de examen						
Día / Mes / Año	Hora		●	Pre empleo		Dermatologico		Trabajo en alturas
24/02/2020	3:05 P.M			Periódico		Conduccion		Manipulacion de alimentos
				Retiro	●	Estudio osteomuscular		Post incapacidad

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de Identificación								Numero de Identificación	Edad	Sexo	
NUIP		CC	X	TI		CE		1017157704	31	F X	M

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LORAIN	IRINA	ABRIL	VALDES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo al que aspira o actual	INSTRUCTOR	Tiempo en el cargo	
Empresa	SENA		

CONCEPTO

Pre empleo Ascenso Cambio de cargo		X	Sin restriccion para el cargo	Periódico		Sin restricciones para el cargo
			Con restriccion para el cargo			Con controles por EPS
			Requiere nueva valoracion			Con controles por ARL
			Con limitaciones que no interfieren con el desempeño laboral			Requiere nueva valoracion

Trabajo en alturas			Sin restricciones para trabajo en altura	Manipulación de Alimentos		Sin restricciones para manipular alimentos
			Con restricciones para trabajo en altura			Con restriccion para manipular alimentos
			Con restriccion temporal para trabajo en alturas			Requiere nueva valoracion
			Requiere nueva valoracion			Con restriccion temporal para manipular alimentos

Retiro			Retiro normal	POST INCAPACIDAD			Sin restriccion para el cargo
			Retiro con controles por servicio de salud				Con restriccion temporal para el cargo
			Retiro con controles por ARL				Con restriccion permanente para el cargo

Requiere valoración o evaluación adicional?			Psicología ocupacional		Médico especialista
			Médico general		Examen adicional

RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO

REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE CONSERVACIÓN DE LA VOZ. IMPLEMENTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE LA VOZ: AL COMENZAR LABOR HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS; TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CUIMA MIENTRAS LABORA; POR NINGÚN MOTIVO DEBE CARRASPEAR O FUMAR O PERMANECER EN AMBIENTES CON FUMADORES; NO EXPONERSE A CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA; NO CONSUMIR ALIMENTOS MUY CALIENTES O MUY FRIOS; USAR EL NIVEL DE VOZ MÁS BAJO POSIBLE Y POR NINGÚN MOTIVO GRITAR. PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 12.5 KG Ó 25 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA. USAR SILLA ERGONOMICA

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Aspirante o trabajador:		Nombre Médico:	
Nombre	LORAIN IRINA ABRIL VALDES		DR YANINSON SCOTT GÓMEZ PALACIOS
Firma	Lorain Abril Valdes	Firma	MÉDICO OCUPACIONAL
No. de Identificación	1.017.157.704	Sello	RM 20093 / 10/5626/2019

Dr. Yaninson Scott Gomez P. Medico Ocupacional RM 27093 10/5626/2019

B/ Yesca grande Calle 24 n. 5-28. Teléfono (4) 6725936/ 312 2581573. Correo Electrónico: fisioseludchoco@gmail.com

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LORAIN IRINA ABRIL VALDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1017157704 realizó el día 16/03/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LORAIN IRINA ABRIL VALDES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1017157704 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

Escaneado con CamScanner

POSITIVA

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

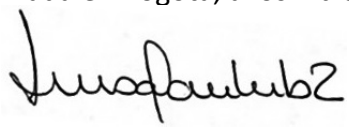
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LORAIN IRINA ABRIL VALDES, con Cédula Ciudadanía No. 1017157704 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/03/2020 y fecha fin de contrato 27/10/2020 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): 20200101318535.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 24 de Febrero de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LORAIN IRINA ABRIL VALDES identificado(a) con CC 1017157704, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	53687744299	2018/01/18	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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 23 GU060860
CERTIFICADO 23 GU084007
CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2360084007

SUCURSAL: 23. PEREIRA | USUARIO: ASPRILLJ | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 02 03 2020

TOMADOR/GARANTIZADO:	ABRIL VALDES LORAIN IRINA	C.C. O NIT:	1017157704 4
DIRECCIÓN:	CR 74 N 53 118	CIUDAD:	QUIBDO
E-MAIL:	LORAIN124@MSN.COM	TELÉFONO:	3206789779
ASEGURADO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	C.C. O NIT:	899999034 1
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 8-69	CIUDAD: BOGOTA	TEL. 5461500
BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	C.C. O NIT:	899999034 1
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 8-69	CIUDAD: BOGOTA	TEL. 5461500

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 27 02 2020	HASTA 27 02 2021			2,389,600.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%			TRM 3,539.86	MONEDA	VALORES
100.00	AGENCIA DE SEGUROS FMA					PRIMA	PESOS	20,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	7,000.00
						IVA	PESOS	5,130.00
						TOTAL		32,130.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	27-02-2020	27-02-2021	0.00	2,389,600.00	20,000.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA GARANTÍA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO CONTENIDAS EN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1408867 DE 2020 DE FECHA 27-FEB-2020 CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES DE INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S.A EN TODO EL PAÍS
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I V A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-05-07 ADJUNTA

RES. DIAN NO. 18762014067728 16/04/2019 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 060860 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Lorain [redacted] U.
TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2360084007

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 13 de marzo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**NA**	**NO TENGO DEPENDIENTES**	Elija un elemento.

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

Lorain Abril Valdes.
FIRMA

Nombre: LORAIN IRINA ABRIL VALDES

C.C. 1017157704 de Medellin

Escaneado con CamScanner