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	20835-050549

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GILMA EYISSEL URREGO AYALA	C.C.	35.893.657	IP/Nº de contacto	3207255288
Correo electrónico contratista:	geurrego7@misea.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:	BANCO POPULAR	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	230380133926
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

Nº del contrato:	1410509/2020		Nº Compromiso SIIF	20020	
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	$ 2.787.867,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.108.133		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.787.867	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	$ 2.787.867	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.643.385	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	Dcto 1273/18	Valor Base retención en la fuente	1.643.385,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.115.147	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.469.967,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 139.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 178.500	$ 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	$ 5.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8551	4.940,00	0,200%
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	$ -		Pro Utch	27.879,00	1,000%
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	$ 278.787		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 547.795		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 2.755.048,00	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó el diagnóstico para conocer el nivel de conocimiento que tenian los aprendices con respecto a la formación a dictar dentro en el aula de aprendizaje
Se solicito la copia del documento para la respectiva inscripción y registro en la plataforma sofia plus.
Se llevo a cabo la socialización y presentación de cada uno de los aprendices dentro del aula de aprendizaje.
Para una mejor claridad en la formación y poder impartir la formación se utilizaron algunas herramientas como: lecturas reflexivas, exposiciones magistrales, videos, mesas redondas y actividades lúdicas.
Se llevaron a cabo mesas redondas y talleres de socialización para evaluar a los aprendices.
Se realizó un cronograma de actividades en consenso con los estudiantes,de las actividades que se iban a realizar a lo largo del curso con sus fechas estipuladas de acuerdo con la duración de la formación a desarrollar .
Llamar a lista a los aprendices
Entregar los listados para que los aprendices se registren y poder llevar un control de quienes asisten a la formación
Se les enseño la importancia de empresa y lo que significa para el desarrollo de la población y de la comunidad que los rodea
Se realizaron los respectivos reportes en la plataforma Sena Sofía plus.

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.

GILMA EYISSEL URREGO AYALA
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,

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

01 B 12767471

0106712631

DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. RÉGIMEN
C. Contributivo ☐
S. Subsidiado ☐

4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante ☐ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐

5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD DIA MES AÑO

AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

9. SEXO F ☐ M ☐

10. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN Código
12. DISCAPACIDAD Tipo Condición
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
ZONA U. ☐ R. ☐
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
CÓDIGO IPS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO F ☐ M ☐

23. FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición

32. DATOS DE RESIDENCIA

Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC ADICIONAL (si corresponde a UPC)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONYUGE EXTRANJERO	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: UBICACIÓN EN FRONTERA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: EMPLEADO PÚBLICO DOCENTE	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: MIEMBRO FUERZAS PÚBLICAS	NIVEL (SISBEN)	GRUPO POBLACIONAL
		R. ☐ U. ☐										
		R. ☐ U. ☐										
		R. ☐ U. ☐										
		R. ☐ U. ☐										

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DIA MES AÑO
CARGO
SALARIO

REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
A. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
B. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
C. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
D. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
E. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
Código
F. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
G. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
H. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
I. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐
J. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐
K. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
L. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
M. NOVEDAD ☐
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
N. TRASLADO ☐
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
O. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐
P. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐
Q. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
R. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO F ☐ M ☐

FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DIA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONYUGE EXTRANJERO ☐ UBICACIÓN EN FRONTERA ☐ EMPLEADO PÚBLICO DOCENTE ☐ MIEMBRO FUERZAS PÚBLICAS ☐

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

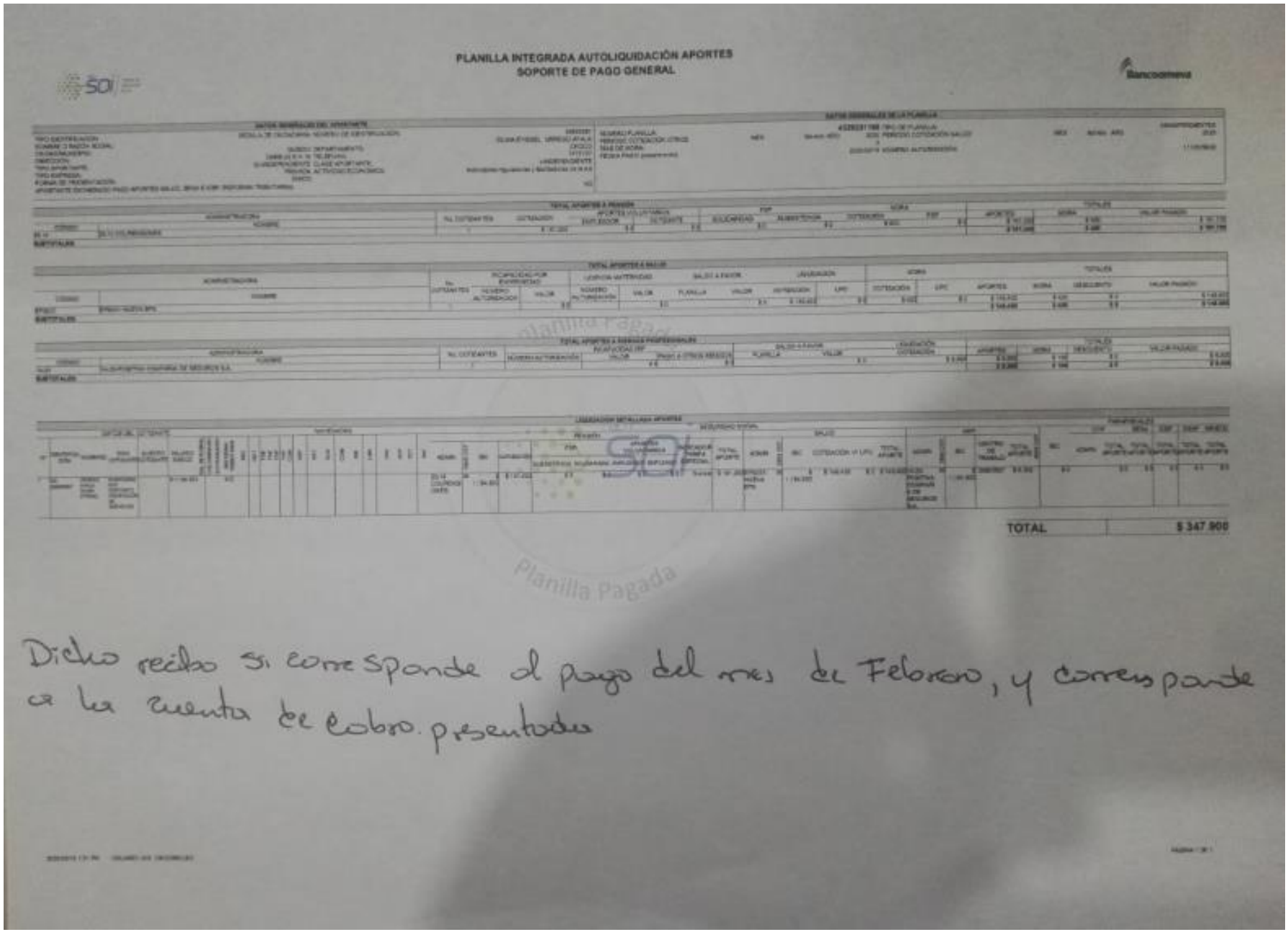
Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GILMA EYISSEL URREGO AYALA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **35893657,** se encuentra afiliado (a) desde **01/01/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2019	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

TOTAL $ 347.900

Planilla Pagada

Dicho recibo si corresponde al pago del mes de Febrero, y corresponde a la cuenta de cobro presentada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14577260195

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 5 8 9 3 6 5 7 | 7

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Quibdó: 1 8

14. Buzón electrónico

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	3 5 8 9 3 6 5 7	1 9 9 9 1 1 0 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Chocó: 2 7	Quibdó: 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URREGO	AYALA	GILMA	EYDISSEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA: 1 6 9	Chocó: 2 7	Quibdó: 0 0 1

41. Dirección principal: CL 26 B 16 16 BRR LA CORIMBRA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
giley2481@hotmail.com		6 7 2 8 9 8	3 2 0 7 2 5 5 2 8 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código: 7 0 1 0	47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 4 0 1 0 1	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código: 1 3 1 2	52. Número establecimientos

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
	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 6 0 3

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:

964. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

965. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 06-02-2020 09:09:41PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049153-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.: 653689

Fecha y hora del Exámen: 24/2/2020 11:30:00 (-05)

Tipo certificado: Ingreso

Nombre Completo: GILMA EYSSEL URREGO AYALA

Tipo Documento: CC

Genero: Femenino

Empresa: SENA CHOCÓ

Lateralidad: Diestro

Fecha y hora: 24/02/2020 11:45:01

Lugar del Exámen: QUIBDÓ

Énfasis en: Osteomuscular

Email: giley2481@hotmail.com

No. de Identificacion: 35893657

Fecha de Nacimiento: 25/8/1981 (38 años de edad)

Cargo: INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico: Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal

Limitaciones o Restricciones: ninguno

Recomendaciones médicas laborales: Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo

Valoracion por Especialista(s): ninguno

Observaciones: * sin alteraciones osteomusculares

¿Se recomienda Valoracion por la EPS?: NO

Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo: NO

Recomendaciones médica para el área del trabajo: Uso de señales y normas de seguridad, Curso de manejo de la voz y el estrés

Recomendacion a la Patologia preexistente: 1. uso de gafas

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÀCTICADOS:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Nombre: gilma eyssel urrego ayala
Motivo: Certificado de Aptitud al Cargo
Fecha: 24/02/2020 11:45:47 a. m. -05:00
Ubicación: CALLE 30 #53-10 BARRIO CRISTO REY

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
C.C. 35893657

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GILMA EYISSEL URREGO AYALA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35893657 realizó el día 12/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

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

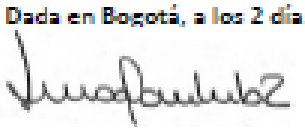
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GILMA EYISSEL URREGO AYALA, con Cédula Ciudadanía No. 35893657 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 26/10/2020 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): 20200101318863.

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



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

banco popular

Que el(los) cliente(s)

GILMA EYISSEL URREGO AYALA Identificado con C.C. 35893657

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina con las siguientes caracterisiticas:

CUENTA_DE_AHORROS

Número:

Fecha de Apertura: 2006/02/06

Nombre Cuenta GILMA EYISSEL URREGO AYALA

ACTIVO

230-280-13392-6

Fecha Suscripción Convenio :

Esta constancia se expide con destino a : SENA

Elaborada en la oficina de la ciudad

el dia 24 DE FEBRERO DE 2020

Cordialmente:

GERENTE Y/O ASISTENTE ADMINISTRATIVO OFICINA

F.1.10.A.13200 CREA X 2015

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD SUC	NO PÓLIZA	ANEXO
MEDELLIN	MEDELLIN	55	55-44-101181969	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
02	03	2020	02	03	2020	00:00	27	02	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	URREGO AYALA, GILMA EYISSEL		CC: 35.893.667
DIRECCIÓN: BARRIO COHIMBRA	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELEFONO:	3207255288

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	NIT: 899.999.034-1
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO		
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELÉFONO:	6723860
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN RECIBIDO, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CNS-FICHA-1610629 RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE 10 INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE EMPRENDIMIENTO , EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/03/2020	27/02/2021	$2,369,030.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********2,369,030.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLASE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
LIBIA PASOBBE Y CIA LTDA ASESORES D	AGCY	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-49 OFICINA 1008 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

55-44-101181969

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Barrientos - Vicepresidente de Planes

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 30 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 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:

T.I.	1007888007	YERLING ANDRE S BECERRA URREGO	HIJO
T.I.	1017184881	ANGEL DAVID BECERRA URREGO	HIJO

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,

GILMA EYISSEL URREGO AYALA
FIRMA

Nombre: GILMA EYISSEL URREGO AYALA

C.C. 35.893.857 de Quibdó

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35860586



REPUBLICA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo N 6959002

NUIP 1.017.184.691

RECORRA USUGUI ANGEL DAVID

MUNICIPIO

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

9030016206

USUGUI AYALA OLGA BYRSEN

CEDULA DE CIUDADANIA 39.000.497 COLOMBIA

ANCIANOS MOSQUERA NELLY

CEDULA DE CIUDADANIA 11.003.180 COLOMBIA

USUGUI AYALA OLGA BYRSEN

CEDULA DE CIUDADANIA 39.000.497

VALIDO SOLO PARA LOS DAS DE DOS DE ESTOS PARA TRAMITES CIVILES

