SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**32109-211632**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA	**C.C.**	1.101.752.077	**IP/Nº de contacto**	3178548609
Correo electrónico contratista:	jcsilva@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**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	**Nº Cuenta**	32908502522
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:	1378937/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**15020**	
Valor Total del Contrato	$ 21.330.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.330.000	**1**	**Del**	**19/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 1.303.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.026.500		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.303.500		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	**$ 1.303.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 789.900**		**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	----------	**8603788909**	Valor Base retención en la fuente	789.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.053.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 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 II	$ 9.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8560	2.106,00	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	$ -		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	$ 263.300		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.301.394,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión grupo de transversales y complementaria, 25 de febrero de 2020
Apoyo a Inducción 26 y 27 de febrero de 2020 colegio Nuestra Señora del Pilar grado 10 - 3 y grado 10 -2
Apoyo administrativo los días 20, 21, 24 y 28 de Febrero de 2020
HORAS ADMINISTRATIVAS : 56 HORAS

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.



JENNY SUSANA CAMACHO SILVA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

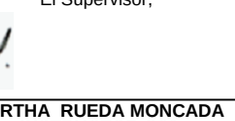
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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;

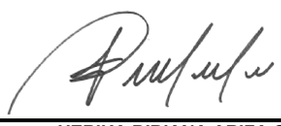
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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



HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1101752077	0	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-861	Calle 10 No 1E 35		0			ingsusanacamacho@hotmail.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-01	2020-01	8603788909	I	2020-01-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	277.100	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	8645321622	2020-02-19	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.				
1	CC 1101752077	CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	877.803																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	877.803	140.500	0	0	MEDIMAS EPS-EPS044	877.803	109.800	COMFENALCO SANTANDER-CCF40	877.803	17.600	877.803	9.200	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	277.100	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1101752077	0	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	9609	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-861	Calle 10 No 1E 35		0			ingsusanacamacho@hotmail.com		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-01	2020-01	8603788909	I	2020-01-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	277.100	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	8645321622	2020-02-19	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
877.803	877.803	877.803	877.803	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	140.500	0	0	0	140.500
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	140.500	0	0	0	140.500
EPS(Administradoras: 1)				1	109.800	0	0	0	109.800
MEDIMAS EPS	EPS044	901097473	5	1	109.800	0	0	0	109.800
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	9.200	0	0	0	9.200
CCF(Administradoras: 1)				1	17.600	0	0	0	17.600
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890201578	7	1	17.600	0	0	0	17.600
Gran Total					277.100	0	0	0	277.100

Banagrario

ASOPAGOS s.a. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

RAZON SOCIAL :	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA
IDENTIFICACION:	CC-1101752077
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-01-31
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-02-19
FECHA DE PAGO:	2020-01-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-01
PERIODO SALUD:	2020-01
NUMERO PLANILLA:	8603788909
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8645321622
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200	$ 9.200
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.600	$ 17.600
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 277.100	$ 277.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/03/2020

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 14683807314

(415)7707212489984(8020) 000001468380731 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 1 7 5 2 0 7 7	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 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 1 0 1 7 5 2 0 7 7	2 0 0 4 0 1 0 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	SILVA	JENNY	SUSANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Vélez 8 6 1

41. Dirección principal
CL 10 5 12 LC 101

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
camachojenny099@gmail.com		3 1 7 8 5 4 8 6 0 9	6 0 5 3 5 2 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 5 6 0	2 0 1 4 0 2 0 8	4 7 7 1	2 0 1 7 0 1 0 9	8 5 4 3	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
4 1 2 3	

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:	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2 1 6

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 CAMACHO SILVA JENNY SUSANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 64.231

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	02 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULAR
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	34 AÑOS	CC	1101752077
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO : POR NUTRICION Y CONTROL PRENATAL MANSUAL	SVE CARDIOVASCULAR : DIETA BAJA EN GRASAS	CONTROL DE PESO
----------	SVE VISUAL : USO PERMANENTE DE FORMULA DE LENTES = CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. VALORADA CON ENFASIS EN CARDIOVASCULAR, DERMATOLOGICO Y RESPIRATORIO. VALORADA ADEMÁS CON REPORTES DE CUADRO, HEMÁTICO, GLICEMIA EN AYUNAS Y PARCIAL DE ORINA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma:	**Firma:**
Nombre: REYES SARMIENTO LUIS JORGE	**Nombre:** CAMACHO SILVA JENNY SUSANA
R. M.: 02330-2000 **L.S.O.:** 16389-2011	**CC:** 1101752077

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JENNY SUSANA CAMACHO SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1101752077 realizó el día 28/02/2020 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 JENNY SUSANA CAMACHO SILVA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1101752077 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

Medellín, 19 de febrero de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que YENNY SUSANA CAMACHO SILVA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1101752077 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 19/02/2020 **Fecha fin cobertura:** 19/08/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1805001 - EDUCACION SUPERIOR, HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A ESPECIALIZACIONES Y POSGRADOS CUANDO SE REALICEN ACTIVIDADES PRACTICAS SE ASIMILARAN AL RIESGO DEL CENTRO DE TRABAJO.

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000009546 - CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

CLASE: 2 **PORCENTAJE:** 1,044% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
2013001 - EMPRESAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA)

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
2013001 - EMPRESAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA)

CODIGO DE ACTIVIDAD: 2013001

CLASE DE RIESGO: 2 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 1,044%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11017520772005044113

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 19/02/2020 12.15 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bancolombia
NIT 890.903.938-8

Vélez, 19 de Marzo 2020

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar **acompañándolo en el desarrollo de sus metas.**

HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A, Certifica que el Señor(a): **JENNY SUSANA CAMACHO SILVA** identificado(a) con cedula de ciudanía número 1101752077 expedida en la ciudad de Velez, a la fecha de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

PRODUCTO	NUMERO DEL PRODUCTO	FECHA DE APERTURA	ESTADO
CUENTA DE AHORROS	329-085025-22	2002/01/05	ACTIVA

El manejo de este producto es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con **BANCOLOMBIA.**

Estaremos a su disposición para ampliar la anterior información, en el teléfono 7564369 de la ciudad de Vélez Sder, en nuestra sucursal telefónica 018000912345, o en nuestra sucursal virtual www.bancolombia.com en el momento que así lo estimen conveniente

Cordialmente;

BANCOLOMBIA.
Velez - Of. 329 Velez
Andrea Rodriguez
Asesor de servicios Nº 154
Cédula Nº 63436635

MARITZA ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Asesor Integral II
BANCOLOMBIA
Sucursal Vélez Santander (329).
Calle 10 N. 3 – 51 Teléfono: (097) 7564443 Ext. 140
Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma.

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BUCARAMANGA, 19 DE FEBRERO DE 2020	2571287-3		13121589
Intermediario	Código	Oficina	Referencia de Pago
AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA	19139	2631	01213121589

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos
1101752077	YENNY SUSANA CAMACHO SILVA

Dirección	Ciudad	Teléfono
CRR 4 N 9 28	VELEZ	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1101752077	YENNY SUSANA CAMACHO SILVA

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	19-FEB-2020	19-DIC-2020	2.133.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
19-FEB-2020	19-DIC-2020	304	19-FEB-2020	19-DIC-2020	$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	$2.133.000	$6.399	$2.133.000,00

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 Nº 009961

104 – NEGOCIOS PERSONALES Y FAMILIAR

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2631	906825	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

SUSANA CAMACHO
FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
19139	AMERICO MONTANINO Y CIA LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	40.000

DESCRIPCION	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

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Nº CO1.PCCNTR.1378937 REFERENTE A:
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACION COMPLEMENTARIA Y TITULADA EN EL AREA AMBIENTAL EN EL CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

***

NOTA ACLARATORIA: BENEFICIARIO: CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
SENA VELEZ NIT: 899999034-1
DIRECCION: TRANSVERSAL 8 N 8A – 50
TELEFONO: 7563017

***

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 2571287–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **YENNY SUSANA CAMACHO SILVA** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13121589 expedida el día 19 de Febrero de 2020 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

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

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 19 días del mes de Febrero de 2020.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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 2571287–3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **YENNY SUSANA CAMACHO SILVA** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13121589 expedida el día 19 de Febrero de 2020 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 19 días del mes de Febrero de 2020.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(DECRETO 1082 DE 2015)

solamente puede reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

4. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad de SURAMERICANA, respecto de cada amparo, no excederá, en ningún caso, la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para cada uno de ellos, los cuales son independientes uno de otro respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal contratante asegurada no podrá reclamar o tomar el valor de un amparo para cubrir o indemnizar el valor de otros, los cuales no son acumulables y son excluyentes entre sí.

La suma asegurada, determinada para cada amparo en la carátula de la póliza, delimita la responsabilidad máxima de la compañía en caso de siniestro.

5. VIGENCIA

La vigencia de los amparos otorgados por este seguro constarán en la carátula de la póliza o en sus anexos.

6. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio, la entidad estatal contratante asegurada deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar la cuantía de la pérdida, previo agotamiento del derecho de audiencia del contratista garantizado y del garante, de la siguiente forma:

6.1. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

6.2. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

6.3. Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar por parte de la entidad estatal a SURAMERICANA, deberá deducir del mismo cualquier suma que a esta le adeude el contratista.

7. COMPENSACIÓN

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este o del resultado de la liquidación del contrato y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

8. PAGO DEL SINIESTRO

La aseguradora pagará el valor del siniestro, así:

8.1 Para el caso previsto en el numeral 6.1, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que con tal fin haga la entidad estatal contratante asegurada para reclamar el pago, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado y del acta de liquidación del contrato o de la resolución ejecutoriada que acoja la liquidación unilateral, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación. Lo aquí dispuesto no exime a la entidad contratante asegurada de demostrar los perjuicios en los términos establecidos en el artículo 1077 en concordancia con el articulo 1080 del Código de Comercio.

8.2 Para el caso del numeral 6.2, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de la copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación.

8.3 Para el caso presentado en el numeral 6.3, dentro del mes siguiente a la comunicación escrita que haga la entidad estatal contratante asegurada, acompañada de una copia auténtica del acto administrativo ejecutoriado, junto con la constancia de la entidad estatal contratante asegurada de la no existencia de saldos a favor del contratista garantizado respecto de los cuales se pueda aplicar la compensación de que trata la condición sexta de este clausulado o en la que conste la disminución en el valor a indemnizar en virtud de la compensación. Lo aquí dispuesto no exime a la entidad contratante asegurada de demostrar los perjuicios en los términos establecidos en el articulo 1077 en concordancia con el articulo 1080 del Código de Comercio.

PARAGRAFO 1: La entidad estatal agotará los mecanismos alternativos de solución de conflictos pactados por las partes en el contrato estatal antes de hacer efectivo el presente seguro. **PARAGRAFO 2:** De conformidad con el artículo 1110 del Código de Comercio la aseguradora podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN

Para los casos en que la suma asegurada sea aumentada o disminuida y para aquellos en los cuales las estipulaciones del contrato original sean modificadas, si SURAMERICANA acepta tal modificación, expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro, en donde exprese su conocimiento y autorización respecto de las modificaciones acordadas entre el contratista garantizado y la entidad estatal contratante asegurada.

10. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Aseguradora se subroga hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos que la entidad estatal contratante asegurada tenga contra el contratista garantizado.

11. CLÁUSULA DE GARANTÍA. MODIFICACIONES AL CONTRATO

SURAMERICANA otorga el presente seguro bajo las siguientes garantías, aceptadas por el tomador y la entidad estatal contratante asegurada así:

a. En los términos definidos por el artículo 1060 y 1061 del Código de Comercio, durante la vigencia no introducirá modificaciones al contrato garantizado por medio del presente seguro, sin la notificación y consentimiento expreso y de manera escrita por parte de SURAMERICANA y la expedición del certificado de modificación correspondiente.

b. El tomador y afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación del seguro o en el momento de ser requerido por SURAMERICANA, la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás, contenida en el formulario de vinculación de clientes.

12. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

SURAMERICANA tiene derecho a ejercer la vigilancia sobre el contratista garantizado en la ejecución del contrato, para lo cual la entidad estatal contratante asegurada le prestará la colaboración necesaria.

La entidad estatal contratante asegurada se compromete a ejercer estricto control sobre el desarrollo del contrato y sobre el manejo de los fondos y bienes correspondientes dentro de las atribuciones que dicho contrato le confiere.

13. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA O CESIÓN DEL CONTRATO

No se permite hacer cesión o transferencia del presente seguro sin el consentimiento escrito de SURAMERICANA. En caso de incumplimiento de esta disposición, el seguro termina automáticamente y SURAMERICANA solo será responsable por los actos de incumplimiento que hayan ocurrido con anterioridad a la fecha de la cesión o transferencia.

14. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

El presente seguro no expirará por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

15. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

La entidad estatal contratante asegurada deberá notificar a la aseguradora los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista garantizado y el garante.

16. NATURALEZA DEL SEGURO

La garantía que se otorga por medio de este seguro, así como sus certificados de modificación, no es solidaria ni incondicional y su afectación está supeditada a la ocurrencia del siniestro y su cuantificación, en los términos señalados en la ley y en este contrato.

17. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

En caso de incongruencia entre las condiciones generales o particulares del presente seguro y las del contrato garantizado, prevalecerán las primeras. Si la incongruencia se presenta entre las condiciones particulares y las condiciones generales, prevalecerán las primeras.

18. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de existir, al momento del siniestro, otro seguro de cumplimiento con relación al mismo contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar, se distribuirá entre las aseguradoras en proporción a las cuantías de sus respectivos seguros.

19. COASEGURO

En caso de existir coaseguro al que se refiere el artículo 1095 del Código de Comercio, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre las aseguradoras en proporción de las cuantías de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre las aseguradoras participantes y sin exceder de la suma asegurada bajo el contrato de seguro.

20. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por las normas del Código de Comercio.

21. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados en el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Medellín en la República de Colombia.