SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SARA ISABEL PUENTES DE ALBA	**C.C.**	22.551.581	**IP/Nº de contacto**	1234
Correo electrónico contratista:	sarapuentes@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	29670025864
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1335628/2020			**Nº Compromiso SIIF**	27320	
Valor Total del Contrato	$ 37.874.130	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.874.130	1	**Del**	03/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 3.366.589,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.507.541		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.366.589	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.366.589**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.237.017**	**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	----------	1026949725
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.346.636	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 168.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 215.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.100	$ 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	$ 745.672	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.237.017,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.982.689,00	
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 - 8299	29.827,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$ 3.336.762,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ES IMAPRTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE GESTION LOGISTICA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE LOGISTICA FORMACION TITULADA VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO
EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.
FICHA 11 IED MUNDO BOLIVARIANO 1830052 IED SONIA AHUMADA 18330309
FICHA 10 IED TECNICA DE REBOLO 2057448 IED LIBERTADOR SIMON BOLIVAR 2057168
CUENTA DE AHORRO DAVIVIENDA 029670025864

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.

Sara Puentes de A

SARA ISABEL PUENTES DE ALBA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **SARA ISABEL PUENTES DE ALBA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **22551581,** se encuentra afiliado (a) desde **01/09/2018** 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	01/09/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2019.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22551581
NOMBRES Y APELLIDOS	Puentes De Alba,Sara Isabel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	28 /01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Puentes De Alba,Sara Isabel, a los 28 días del mes de Enero del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIONES CONSOLIDADAS

Fecha creación reporte: 2020-02-11, 12:54:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA INDEPENDIENTES. **Número Planilla:** 1026949725

Periodo Cotización: enero de 2020 **Periodo Servicio:** enero de 2020

Fecha límite de pago: 2020-01-16

PAGADA 17/01/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SARA ISABEL PUENTES DE ALBA				
Documento	CC 22.551.581	**Dirección**	Calle 50 N 29 - 68		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3791710		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal	PUENTES DE ALBA SARA ISABEL	**Identificación**	CC 22.551.581		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días TAP	Días TDP	Días PEN	Días RIESGOS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	Total
CC 22551581	PUENTES DE ALBA SARA ISABEL	01	00																0	30	30	30	30		COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	POSITIVA	$ 828.116	$ 4.400	COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	$ 828.116	$ 33.200	$	$	$	$	$ 203.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 828.116	$ 828.116	$ 828.116	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 33.200	$ 4.400	$ 33.200	$ 0	$ 0	$	$	$ 0	$ 0	$ 203.300	$ 4.000	$ 207.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14546169537

(415)7707212489984(8020) **000001454616953 7**

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

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	2 2 5 5 1 5 8 1	2 0 0 0 0 1 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PUENTES	DE ALBA	SARA	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 50 29 68 BRR SAN ISIDRO

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

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
7 1 1 0	2 0 0 6 0 1 2 3	8 5 5 1	2 0 1 3 0 1 1 8			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas y debilidades considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

. DATOS DE IDENTIFICACIÓ

Nombres y Apellidos : SARA PUENTES DE ALBA
Documento de Identidad : 22551581
Edad : 38 AÑOS
Fecha de Nacimiento : 09 SEPTIEMBRE 1981
Estado Civil : CASADO
Nivel académico : PROFESIONAL
Empresa : SENA
Cargo en evaluación : INSTRUCTOR
Fecha : 31 DE ENERO DEL 2020
Ciudad : BARRANQUILLA

2. ANALISIS DE RESULTADOS

Durante la entrevista se mostro atento, cordial, amable.

El evaluado es secuencial en la ejecución de su labor. Demuestra respeto por las normas establecida en la organización

Su pensamiento es concreto.

Presenta conductas candidas.

	RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA

No se evidencian síntomas depresivos, psicóticos, antecedentes psiquiátricos personales, ni otras patologías incapacitantes tales como convulsiones, adicciones o estrés postraumático.

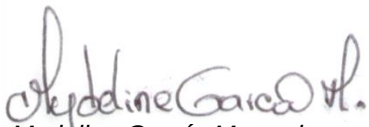
En el ítem H que mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona capaz de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen peligros externos, obtuvo un puntaje dentro de la media.

Dentro de su fortaleza encontramos ser responsable.

Su punto a mejorar su ansiedad.

4. CONCLUSION

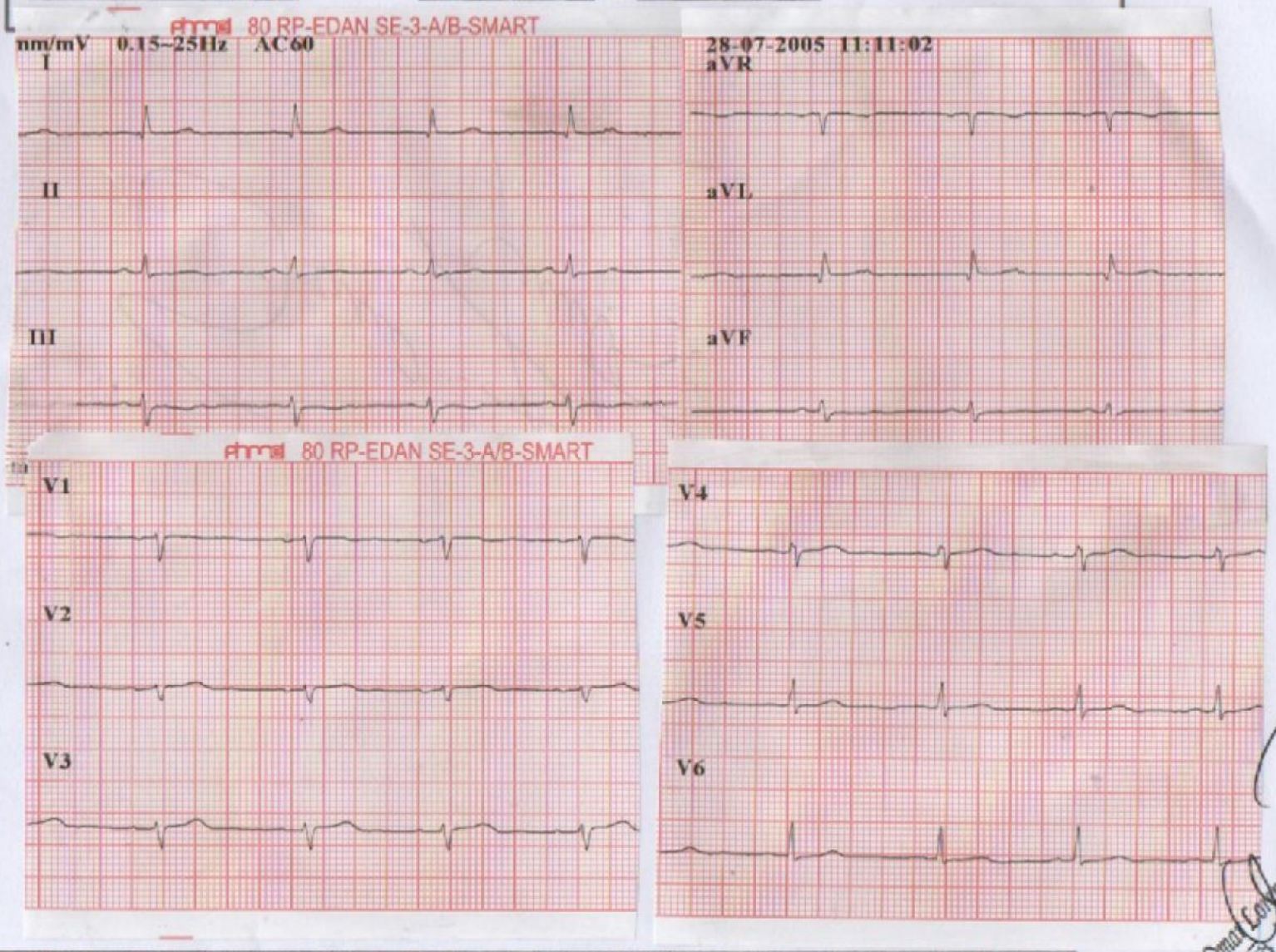
De acuerdo con las pruebas psicotécnicas, entrevista realizada y perfil del cargo se infiere que la señora SARA PUENTES DE ALBA, presenta un adecuado nivel de desempeño para el cargo.



Mydeline García Mercado
Psicóloga. T.P. 113916.

PACIENTE: SARA PUENTES DE AIZA | DOCUMENTO: CC. 22551581

FECHA: 31-01-2024 | SEXO: F | EDAD: 38



Omar Contreras
MEDICO GENERAL
R.M. 47-452
UNIMETRO

PR: 0,18 | QRS: 0,20 | QT: 0,40 | RITMO: SINUSAL

INTERPRETACION: EKG NORMAL | FC: 76

S.S.O. vitalmédicos S.A.S.
Salud y Seguridad en el Trabajo

Nit. 901.002.981-8

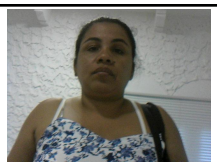
Dirección: Cra 47 No. 80 – 115 Alto Prado
Teléfono: 3454208 - 3454510 **Cel.** 317 7459045
Email: ssovitalmedicos@yahoo.com
Web: www.ssovitalmedicos.com
Barranquilla - Colombia

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: SARA ISABEL PUENTES DE ALBA
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1981-09-09 Edad: 38 A
Dirección CALLE 50 N 29-68
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: SENA
Actividad económica:

Identificación: CC 22551581

Teléfono: 3013567074



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O Ingreso con enfasis Osteomuscular

Orden No.: 0083818 Fecha apertura: 20200121 11:06:04
Fecha cierre: 20200122 14:53:14
Realizado en: Barranquilla-Atlantico

Cargo u Oficio: INSTRUCTORA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA GENERAL,EXAMEN MEDICO INGRESO OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

Usar EPP.
Higiene postural.
Pausas activas.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Realizar actividades recreativas y deportes.
Reducir consumo de azucares.

INCLUIR EN PVE

Conservacion Auditiva.
Conservación visual.
Ergonomico.
Sistema Ostemuscular.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

CONTROL ANUAL.
EPA según PVE.
Valoración por otorrino.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control optometrico anual..

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR LABOR

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: NATALY INES ESCORCIA TERAN
Especialidad:
Licencia S.O.: 4267 Registro No.: 55308714

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 22551581

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SARA ISABEL PUENTES DE ALBA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22551581 realizó el día 11/02/2020 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
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

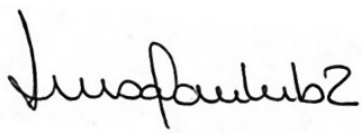
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora SARA ISABEL PUENTES DE ALBA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 22.551.581, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/02/2020 y fecha fin de contrato 17/12/2020 con riesgo 1.

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): 202001000522683.

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Atlantico 2020/01/29
COLOMBIA
Dirigido A: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SARA ISABEL PUENTES DE ALBA** con **Cédula de Ciudadanía** número **22551581** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**029670025864**
Fecha apertura:	**2016/03/01**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
558206419

Destino de pago
Compañia Mundial de Seguros

Motivo
sara isabel puentes de alba

Fecha
03/02/2020

Número de aprobación
00206419

Dirección IP
186.170.89.28

Valor transacción
$ 29.750,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	8600370136	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

seguros mundial

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BO-100027310	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28244317	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/02/2020	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	03/02/2020	24:00 Horas Del	17/04/2021		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	PUENTES DE ALBA, SARA ISABEL	No. DOC. IDENTIDAD	22551581
DIRECCIÓN	CL 50 29 68	TELÉFONO	3013567074
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO	TELÉFONO	3344861
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO	TELÉFONO	3344861

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.1335628 , CUYO OBJETO ES IMAPRTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE GESTION LOGISTICA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE LOGISTICA FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 03/02/2020	24:00: Horas Del 17/04/2021	3.787.413	20.000
		TOTAL ASEGURADO		

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA EUGENIA TRIANA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 03/02/2020

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, 12 de febrero 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.	**1.042.855.745**	**JUAN ESTEBAN PUENTES DE ALBA**	**HIJO**
C.C.	**32.616.347**	**ANA ROSA DE ALBA BARRIOS**	**MADRE**
R.C	**1.043.483.729**	**ROSSANA RIVALDO PUENTES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,

_____
FIRMA

Nombre: _____

C.C. _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.042.855.745
PUENTES DE ALBA
APELLIDOS

JUAN ESTEBAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-2008
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-NOV-2026 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

24-NOV-2015 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P:0500100-00781628-M-1042855745-20160106 0047953805A 1 3293888217


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
32.616.347
DE ALBA BARRIOS
ANA ROSA


15-ENE-1959
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
1.70
O+
F
24-JUN-1977 BARRANQUILLA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1043483729

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58021122

5802112

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría [X] Número 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 7802

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido: RIVALDO — Segundo Apellido: PUENTES

Nombre(s): ROSSANA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes ENE Día 15 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: O — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de los hechos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 14525930 - 0

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con filiación paternal o parejas del mismo sexo, indicar el progenitor que indigene los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PUENTES DE ALBA SARA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número): C.C.22.551.581. BARRANQUILLA — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con filiación paternal o parejas del mismo sexo, indicar el progenitor que indigene los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RIVALDO ESCORCIA SERGIO LUIS

Documento de identificación (Clase y número): C.C.1.044.800.137. PIOJO — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RIVALDO ESCORCIA SERGIO LUIS

Documento de identificación (Clase y número): C.C.1.044.800.137. PIOJO — Firma: Sergio Rivaldo Esc

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 2018 Mes ENE Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUTIERREZ RODRIGUEZ RAFAEL MARIA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Sergio Rivaldo Escorcia

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: GUTIERREZ RODRIGUEZ RAFAEL MARIA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS #. 238. FOLIO 229.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -