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-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	31 de enero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO stefadelahoz@misena.edu.co	C.C.	1.045.671.854	IP/Nº de contacto	000
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	Nº Cuenta	69281461796
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:	1305985/2020		Nº Compromiso SIIF	5320	
Valor Total del Contrato	$ 18.035.300	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.035.300	1	Del 27/01/2020	Al 31/01/2020	$ 481.543,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.553.757		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 481.543		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	$ 481.543		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 173.432		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	94016996686
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.600	$ 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	$ 57.811	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	173.432,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	231.243,00	
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	2.312,00	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	$ 479.231,00	

SON: CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral, en el área de gestión documental que programe el centro de comercio y servicios del SENA Regional Atlántico en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente.
TG GD 1904137 - Organizar Archivo Central
TG GD 2023203 - Tramite Documental
TG GD 1803493 - Organizar Fondos Acumulados

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.

STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO
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 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 CECILIA SUAREZ BENAVIDES
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Certificado de Aportes

Se certifica que STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO identificado(a) con CC 1045671854 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: DELAHOZ CHAMORRO STEFANNY CC 1045671854

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9405339899	616582549	I	2020-05-05	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-04	30																	
9405339899	616582549	I	2020-05-05	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-04	30																	
9405339899	616582549	I	2020-05-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-04	30																	
9404470009	589117496	I	2020-04-01	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																	
9404470009	589117496	I	2020-04-01	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																	
9404470009	589117496	I	2020-04-01	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																	
9403629512	08087694	I	2020-03-09	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-02	30							X										
9403629512	08087694	I	2020-03-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-02	30							X										
9403629512	08087694	I	2020-03-09	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-02	30							X										
9402325416	05415059	I	2020-02-12	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30									X								
9402325416	05415059	I	2020-02-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30									X								
9402325416	05415059	I	2020-02-12	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-01	30									X								

Este certificado se expide el día 2020-05-13 a las 14:05.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1045671854,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de junio 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1045671854** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1045671854
NOMBRES Y APELLIDOS	STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	361
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	CC 1045671854 STEFANNY DE LA HOZ DESDE 20/01/2019

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **02/06/2020**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045671854		DELAHOZ CHAMORRO STEFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 6 A 1 N 96 A 40	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3280717	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	59289936	9401696686	I	2020/01/15	2020/01/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$240,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[illegible]																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0
1	CC	1045671854	DE LA HOZ STEFANNY	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS010	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-23	30	$828,116	$4,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0

2020/01/14 01:13 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14382888270

(415)7707212489984(8020) **000001438288827 0**

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 5 6 7 1 8 5 4	2 0 0 6 0 8 1 1

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
DE LA HOZ	CHAMORRO	STEFANNY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 6 A 1 96 A 40 BRR VILLA SAN PEDRO PRIMERA ETAPA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
stefis854@hotmail.com		3 0 0 2 9 9 7 1 9 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 6 0 7 2 6							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2016 - 07 - 26

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 CERVERA JIMENEZ DREYDIS DORA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLUSALUD Especialistas en Salud Ocupacional

Paciente	STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO			Doc. Identidad	CC 1045671854		
Sexo	F	Fecha Nacimiento	1987-06-03	Edad	30 Años	Estado Civil	
Dirección	CARRERA 6A1#96A-40 CALIFORNIA BARRANQUILLA			Teléfono	300 2997199	Ocupación	
Responsable				Telefono Resp.		Parentesco	
Acompañante				Teléfono Acom.			
Aseguradora	PARTICULAR			Teléfono Aseg.			
Version: 5 - Vigente desde: 08-Oct-2014							

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Formato No.	502261	Fecha de Atención	2018-02-17 09:26 a.m.
Edad	30 Años		

TIPO DE EVALUACION REALIZADA.

Evaluacion Ocupacional. PREOCUPACIONAL

DATOS DEL TRABAJADOR.

Cargo	INSTRUCTOR EMPRESA: SENA	**Sección**	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

EXÁMENES REALIZADOS

Evaluación Médica	SI	**Evaluacion Medica con enfasis osteomuscular**	SI

RECOMENDACIONES

Recomendaciones	CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL	**Fecha Próximo Control Audiometrico: ((MM/AAAA))**	NO APLICA

RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

FOMENTAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	SI	**FOMENTAR LA PRACTICA DE PAUSAS ACTIVAS**	SI

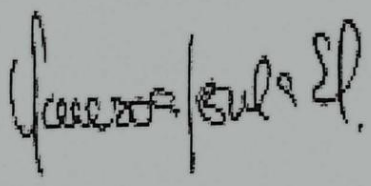
REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS SVE

PARA CONTROL DEL PESO SI

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL.	APTO	**Observaciones de la Restriccion**	NO APLICA

FIRMA:



OTRO PERSONAL VANESSA MARIA BULA ESCAMILLA
MEDICINA OCUPACIONAL

REGISTRO No: 0823112009

Vanessa Maria Bula Escamilla
MEDICO Y CIRUJANO
R M. 08-2311-2009
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
TP 05932-UNILIBRE

Scanned by TapScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045671854 realizó el día 31/01/2020 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:

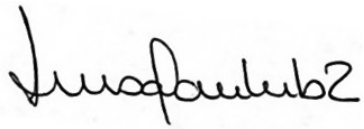
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora STEFANY DE LA HOZ CHAMORRO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.671.854, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 20200101593431.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 13 de Mayo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que STEFANNY DE LA HOZ CHAMORRO identificado(a) con CC 1045671854, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	69281461796	2012/03/27	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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Ciudad Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101015427	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
27	01	2020	27	01	2020	00:00	26	10	2020	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	DELAHOZ CHAMORRO STEFANNY			Identificación:	1045671854-0
Dirección:	KRA 6A1 96A 40	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	3002997199

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CRA 43 N 42 40	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	3514196

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1305985 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO, REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE GESTION DOCUMENTAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. SEGUN CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.1305985

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/01/2020	26/10/2020	$ 1,803,530.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Limite de Pago:
$ 25,225.21	$ 7,000.00	$ 6,122.79	$ 38,348.00	$ 1,803,530.00	27/01/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
ANTONIO BARROS & COMPA	48763	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

Fecha inicio de ejecución (estimada) 27/01/2020 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha fin de ejecución (estimada) 24 días para terminar *(26/06/2020 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ◉ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

☑ Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato 10,00 Fecha de vigencia (desde) 27/01/2020 2:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de vigencia (hasta) 26/10/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual ○ Sí ◉ No

Fecha límite para entrega de garantías: 27/01/2020 3:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 27/01/2020 8:51:45 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle
	CO1.WRT.2438716	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.803.530,00 COP	SEGUROS DE ESTADO S.A	23 días para terminar *(26/06/2020 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ◉ Sí ○ No *

¿Pago de anticipos? ○ Sí ◉ No

Plan de pagos:

Pago	% de facturación prevista	Valor total previsto	Fecha prevista de emisión
Pago 001	2,67	481.542,51	-
Pago 002	20	3.607.060,00	-
Pago 003	20	3.607.060,00	-
Pago 004	20	3.607.060,00	-
Pago 005	20	3.607.060,00	-

☐	Pago 006	17,33	3.125.517,49	-

Ver menos

Total: 100%

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 30 días

Comentarios

Comentarios Se anexa modelo de la oferta para que sea diligenciado por el contratista y el instructivo para anexar la póliza

Anexos del contrato

	Descripción		
☐	INSTRUCTIVO PARA SUBIR POLIZA.docx	Descargar	Detalle
☐	MODELO Presentación Oferta de Servicios Personales V4.docx	Descargar	Detalle

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones CRA 43 No.42-40

Ubicación CO-ATL-08001 - Barranquilla

País COLOMBIA

Departamento Atlántico

Municipio Barranquilla

Dirección CRA 43 No.42-40

Código postal

	Grados (º)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	carrera 43 No. 42-40	COLOMBIA > Atlántico > Barranquilla

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.