SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **77468-200308** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | **Banco a consignar:** | BANCO COLPATRIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.022.386.654 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | yvvargas456@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 004662020879 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3204487799 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | SI |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6902971/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **122024** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 3 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | "Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financierosen el área temática de Contabilidad de los programas presenciales y/o complementarios de acuerdo con lineamientos de la formación |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **15/10/2024 Al 31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.377.550 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 9.377.550 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 2.381.600,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.995.950 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.381.600 | Ninguno | 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** | **$ 2.381.600** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.324.140** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **81767425** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 6.800 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 238.160 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 9.295.337 | $ 442.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.324.140,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.011.100,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 19.427,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.362.173,00** | |

**SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Detallar las actividades de planeación con las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h

8.Actividades respecto de las novedades gestionadas ante la coordinación las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h

11. Se cumple con todo lo dispuesto en el código de Integridad de la entidad de planeación y gestión (MIPG), sistema integrado de gest de gestión y auto control (SIGA), Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Sistema ambiental y de y de eficiencia energética.

**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

**YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS**
**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,

**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**
**INSTRUCTOR G16**

**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**
**ERNESTO ACEVEDO SOTO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS identificado(a) con Cedula Ciudadanía 1022386654, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20231201 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Septiembre de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
26157745

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA** identificado(a) con **CC** número **1.022.386.654** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de abril de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de septiembre de 2024.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024010314201

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141105285349

(415)7707212489984(8020) 000014110528534 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 0 0 0 9 1 3 3 2 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 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 2 2 3 8 6 6 5 4 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VARGAS | CUBILLOS | YESICA | VANESSA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| YESIVARCUS | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 51 B BIS 41 B 35 SUR BRR MUZU

42. Correo electrónico: yesivarcus@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 4 4 8 7 7 9 9 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 2 0 | 2 0 2 0 0 3 1 8 | 3 1 1 0 | 2 0 2 0 0 3 1 8 | 8 5 4 2 | 8 5 4 3 | | 1 |

## 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios 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 2024 - 08 - 08 / 19 : 00: 48

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141105285349

(415)7707212489984(8020) **000014110528534 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 0 0 0 9 1 3 3 2 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 0 0 3 1 8 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 3 2 3 6 0 4 5 | |
| 78. Departamento | 1 1 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

**Composición del Capital**

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | Año Mes Día | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141105285349

(415)7707212489984(8020) **000014110528534 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 0 0 0 9 1 3 3 2 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de productos agrícolas para el consumo en establec 4 7 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: YESIVARCUS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

165. Dirección: CR 51 B BIS 41 B 35 SUR

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 3 2 3 6 0 6 0 | 2 0 2 0 0 3 1 8 |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CONSULTORIAS LTDA
## NIT: 900151015-2

VIGILADO Supersalud

## Certificado de Aptitud
## Ingreso Laboral
## Docente



**Fecha:** 04/Ene/2022, **Hora:** 09:27:41 a.m.
**Apellido:** Vargas Cubillos **Nombre:** Yesica Vanessa
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1022386654
**Empresa:** Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
**Emp. Usuaria:** Sena
**Cargo:** Instructora
**Lugar:**
**Direccion:** Carrera51b Bis#41b-35c
**Telefono:** **Celular:** 3204487799 **Email:** **Estado Civil:** Soltero (a)

**HC:** # 15066
**Edad:** 28 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 27/Ago/1993
**Rh:** A+

### Examenes Realizados

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria Tamiz | Normal | Visiometria | Normal | Glicemia | Normal | Examen Medico Ocupacional | |
| Osteomuscular | Normal | Cuadro Hematico Tipo I | Normal | Perfil Lipidico | Normal | Examen Cardiovascular | Normal |
| Psicologico Prueba | Normal | | | | | | |

### Concepto

Apto Con Condiciones (que No Intervienen En Su Trabajo)
Examen Audiométrico (fonoaudiología), Pulmonar, Respiratorio, Neurológico, Dermatológico Y Cardiovascular : Normal.

### Recomendaciones

| S.V.E. | Estilo de Vida Saludable |
|---|---|
| * Sve Ostemuscular | * énfasis En Actividad Física Regular |

| Medicas | Laborales |
|---|---|
| * Uso De Corrección óptica Permanente | * Docentes, Cuidar Las Manos Humectándolas Con Cremas Especializadas, Vigilar El Estado De Salud De Las Cuerdas Vocales, Realizar Pausas Activas Para El Adecuado Descanso De La Fonación Y Músculos Asociados A Dicha Acción.además Al Estar Mucho Tiempo De Pie O Sentado, Realizar Ejercicios Para Activar La Circulación En Los Miembros Inferiores.realizar Pausas Para El Descanso Osteomuscular Y Visual, Realizar Ejercicios Específicos Para Evitar Posibles Complicaciones Con El Túnel Del Carpo, Controlar Su Agudeza Visual. |

### Observaciones

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007

Notas:

1) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes: "La custoria de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendos requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
2) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas
3) S.I.S. OCUPACIONAL es reasponsable del tratamiento de datos personales atendiendo los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013



Escaneado con CamScanner

DARWIN RODRIGUEZ C.
MED. ESP. S.O
R M 952246

**Darwin Jose Rodriguez Consuegra**
Medico Ocupacional
**Lic. de S.O #:** 4061/19
**Registro #:** 4061/19

Yesica Vanessa Vargas Cubillos
CC 1022386654

Huella
Digital



Escaneado con CamScanner

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022386654 el día 16/11/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

# Hace constar:

Que el Sr(a) YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022386654 realizó el día 16/11/2024 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 YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022386654 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.

_____

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS** identificado con **CC** No. **1022386654**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 03/10/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 02/10/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de 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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021394131.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022386654 | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | kr 51 b bis # 41 b - 35 sur | 3204487799 | yesivarcus@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 15/07/2024 | 78682820 | $395.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 61 | 7.800 | 0 | 170.300 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 61 | 10.000 | 0 | 218.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 6.800 | | | | 6.800 | 61 | 400 | 7.200 | | | 68 | 7.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 61 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 61 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162.500 | 170.300 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 218.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.800 | 7.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 377.300 | 395.500 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022386654 | YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS | | kr 51 b bis # 41 b - 35 sur | 3204487799 | yesivarcus@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 15/07/2024 | 78682820 | $395.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1022386654 | VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 1 | 6.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# Certificado Bancario

Lunes,23 de Septiembre 2024

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS identificado(a) con CC 1022386654, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 91261680748 | 2024/01/03 | 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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | BOGOTA | 11 | 11-46-101065350 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 15 | 10 | 2024 | 15 | 10 | 2024 | 00:00 | 20 | 04 | 2025 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA | | | C.C. :1,022,386,654 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CRA 51 B BIS NO. 41B - 35 SUR | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | | 204487799 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| KR 13 N. 65-10 | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | | 6015461600 |
| ADICIONAL: | | | |

### 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.690297 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL CON AUTONOMIA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TECNICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTION ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROS EN EL AREA TEMATICA DE CONTABILIDAD DE LOS PROGRAMAS PRESENCIALES Y/O COMPLEMENTARIOS DE ACUERDO CON LINEAMIENTOS DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, ATENDIENDO LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 15/10/2024 | 20/04/2025 | $ 937,755.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 28,345.89 | $ 8,000.00 | $ 6,905.72 | $ 43,251.61 | $ 937,755.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| MV ASESORES DE SEGUROS LTDA | 143784 | 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 13A NO 96-66 - TELÉFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-46-101065350

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 11-46-101065350, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 15 días del mes de Octubre de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 11461010653500

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RECIBIMOS DE: | VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA | | | C.C. C.C. :1,022,386,654 | |
| LA SUMA DE: | CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN CON SESENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 11-46-101065350 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| BOGOTA - CU. ESTATAL - 101065350 - 0 - 0 | | $ 28,345.89 | $ 8,000.00 | $ 6,905.72 | $ 43,251.61 |

FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | EFECTIVO: | $ 43,251.61 |
| | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784 | OTROS: | $ 0.00 |
| | | TOTAL: | $ 43,251.61 |
| | | CAJERO: RAPIESTADO | |

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 11461010653500

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RECIBIMOS DE: | VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA | | | C.C. C.C. :1,022,386,654 | |
| LA SUMA DE: | CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN CON SESENTA Y UN CENTAVOS PESOS M/CTE | | | | |
| POR CONCEPTO DE: | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 11-46-101065350 | | | | |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
| BOGOTA - CU. ESTATAL - 101065350 - 0 - 0 | | $ 28,345.89 | $ 8,000.00 | $ 6,905.72 | $ 43,251.61 |

FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | EFECTIVO: | $ 43,251.61 |
| | | CHEQUE: | $ 0.00 |
| | | TARJETA: | $ 0.00 |
| | | BD: | $ 0.00 |
| INTERMEDIARIO: | MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784 | OTROS: | $ 0.00 |
| | | TOTAL: | $ 43,251.61 |
| | | CAJERO: RAPIESTADO | |

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.11-46-101065350

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.
PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.
DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Bogotá D.C. Octubre 31 del año 2024

Señor (a)
**MAURICIO ALEXANDER GARZON MARTINEZ**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6902971
Cargo del supervisor Instructor Grado 20
Dependencia Coordinador Académico de Contabilidad Finanzas e Impuestos

Ciudad Bogotá D.C.

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Octubre 31 del año 2024

**Referencia:** CO1.PCCNTR.6902971 del año 2024

YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.022.386.654 De Bogotá D.C., en mi calidad de Contratista del SENA, en la Coordinación de Contabilidad finanzas e impuestos, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago:** *Valor y forma de pago: Se fija como valor total para cada contrato la suma de: NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA M/CTE ($9.377.550). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de octubre de 2024 por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($ 2.381.600), b) Un pago correspondiente al mes de noviembre de 2024 por valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($ 4.465.500) cada uno y c) un pago final correspondiente al mes de Diciembre de 2024 por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ( $ 2.530.450) incluido Iva.*

**Plazo:** Será hasta el 17 de Diciembre de 2024

| **OBJETO:** |
|---|
| **Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de Contabilidad de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las necesidades del Centro de Servicios Financieros..** |

**Obligaciones Especificas:** (Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro)

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Desarrollar actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado, según la modalidad en la que se oriente el programa, de acuerdo con las necesidades del servicio, las cuales contemplan las jornadas académicas y sedes adscritas que maneje el centro de servicios financieros, en la red de conocimiento y área temática citada en el objeto contractual. | Detallar las actividades de planeación con las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728 jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h | Evidencias de las actividades realizadas en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |
| 2 | Apoyar las actividades relacionadas con el diseño y desarrollo curricular de los programas de formación asociados con la línea medular que imparte el centro de servicios financieros, de acuerdo con la necesidad y las tendencias del sector. | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Apoyar y acompañar el proceso de inducción de los aprendices asignados. | Para este periodo no se realizaron actividades de inducción | Para este periodo no se realizaron actividades de inducción |
| 4 | Realizar el seguimiento y evaluación a los aprendices tanto en la etapa lectiva como productiva, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la entidad | Se realizo seguimiento y evaluación de la etapa lectiva en la plataforma Territorium, del programa gestión contable y de información financiera con las fichas: Detallar las actividades de planeación con las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h | Capturas de pantalla de las actividades planteadas en territorio dispuestas y evaluadas en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |
| 5 | Implementar estrategias metodológicas y pedagógicas que garanticen la retención los aprendices durante su proceso formativo | Actividades que realizó, con las fichas: Detallar las actividades de planeación con las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h | Evidencias las actividades, capturas de los correos o de las llamadas |
| 6 | Registrar oportunamente los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices de los grupos asignados por la coordinación académica en los aplicativos dispuestos por la entidad | En este periodo se evaluaron los juicios de evaluación de la competencia verificar la información de los documentos de los hechos económicos de acuerdo con normativa | Para este periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h | |
| 7 | Apoyar la gestión de la divulgación, promoción, ingreso, inscripción y matricula de los aspirantes nuevos, de acuerdo con los lineamientos vigentes de la entidad. | N/A | N/A |
| 8 | Realizar seguimiento y control mensual de los aprendices en el aplicativo dispuesto por la entidad, verificando el registro de las rutas de aprendizaje, juicios evaluativos, novedades académicas (retiros voluntarios, traslados, aplazamientos, etc...), incumplimientos de la formación (inasistencias), gestionando ante la coordinación académica los tramites respectivos. | Se realiza proceso de formación evaluación, correspondiente a análisis financiero generando talleres y prueba donde se evidencie el conocimiento que han adquirido los aprendices en las fichas:<br><br>fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h<br><br>Cumpliendo con el cronograma del trimestre evidenciado en | Archivos de las novedades gestionadas en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | la planeación pedagógica. | |
| 9 | Aplicar lo establecido en el reglamento del aprendiz, garantizando el debido proceso. | Se realizan las acciones necesarias para dar cumplimiento al reglamento del aprendiz, de las fichas: fichas 2874160 jornada Noche de L a V 51,80h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 42h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 12h | Archivos de debidos procesos o llamados de atención gestionadas en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |
| 10 | Proponer y/o participar en los proyectos del Sistema de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación - SENNOVA. | N/A | N/A |
| 11 | Atender lo dispuesto en el código de integridad, el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), sistema integrado de gestión y auto control (SIGA), Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Sistema ambiental y de eficiencia energética | Se cumple con todo lo dispuesto en el código de Integridad de la entidad de planeación y gestión (MIPG), sistema integrado de gestión y auto control (SIGA), Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Sistema ambiental y de eficiencia energética | Certificado cursos código de integridad y Constancia de inducción en Seguridad en Salud en el trabajo SIIGA en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |
| 12 | Salvaguardar los bienes e inventarios que son utilizados por la Coordinación | Se verifica todos los días el estado del Ambiente de formación 701 y 301 de la jornada noche ficha 2874160 donde se | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | académica para su funcionamiento | evidencia 35 sillas 18 pc de los cuales 16 están en funcionamiento, un TV y un videobeam y del ambiente 1405 jornada mañana ficha 3065728 verificando que tanto las mesas, sillas, 1 TV, 16 mesas, 20 sillas y 14 computadores que están en buen estado. | |
| 13 | Participar en las actividades derivadas de los procesos de autoevaluación y registro calificado de los programas de formación que lo requieran en los tiempos establecidos por el centro de servicios financieros, la Dirección General y el Ministerio de Educación Nacional. | Se diligenció información de experiencia, estudios y datos básicos en la matriz para registro calificado formato F 025 y hoja de vida del SIGEP. | N/A |
| 14 | Acompañar activamente a los aprendices en las actividades programadas en el plan de bienestar al aprendiz. | No se realizaron en este periodo actividades de Bienestar para ninguna de las fichas. | N/A |
| 15 | Realizar las actividades contractuales de formación conforme a los lineamientos vigentes, atendiendo las necesidades del servicio del centro de formación, el plan | Se cumple con todo lo dispuesto en el contrato, de acuerdo al plan de acción. | Evidencias gestionadas en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de acción y en concordancia con el concepto 31557 de 2019. | | |
| 16 | Realizar y presentar para el trámite de pagos, los informes de las actividades realizadas, así como los comprobantes de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL) a que haya lugar, verificando mensualmente su afiliación, en proporción al valor mensual del contrato, asimismo, el contratista deberá cargar los documentos solicitados para trámite de pago al expediente contractual de la plataforma SECOP II. | Se tramita y realiza la afiliación de los aportes al Sistema de Seguridad Social eps compensar, arl positiva, pensión protección | Pago aportado en el archivo GF_ en el drive de la coordinación CUENTAS DE COBRO |

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

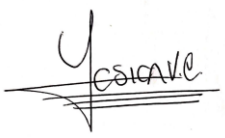
| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL | FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL |
|---|---|---|---|---|
| 1. | XX | XX | XX | XX |
| 2. | XX | XX | XX | XX |

**Nota 1:** Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y la afiliación a seguridad social eps compensar, arl positiva, pensión protección. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "Decreto Ley Antitrámites")
Evidencias en (9) folios

Cordialmente,

**Firma**



**YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS**

**Contratista**

**C.C. No. C.C. No. 1.022.386.654.**

Recibí a satisfacción:

**Firma**

**MAURICIO ALEXANDER GARZON MARTINEZ**
Supervisor(a) Contrato No. CO1.PCCNTR.6902971 del 2024
Coordinación de Contabilidad, Finanzas e impuestos

# CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá D.C. 31 DE OCTUBRE DE 2024

Señores:

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**

La 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 la calidad de dependiente a mi cargo:

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO | NOMBRE | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| TI | 1025547305 | SANTIAGO PEREZ VARGAS | HIJO |
| TI | 1025554244 | AVRIL PEREZ VARGAS | HIJA |
| RC | 1025560034 | MARIA EMMA PEREZ VARGAS | HIJA |

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,

Firma: 

_____

Nombre: YESICA VANESSA VARGASS CUBILLOS

Documento:1022386654 de Bogotá D.C.

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1025560034

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55162156

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PEREZ | VARGAS |

**Nombre(s)**

MARIA EMMA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes FEB Día 01 | FEMENINO | AB | POSITIVO |

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 13952725-6 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1022386654 DE BOGOTÁ, D.C. | COLOMBIANA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA | COLOMBIANA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA | |

***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* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2017 Mes FEB Día 07 | LEON GUILLERMO PICO MORA<br>SEGÚN RESOLUCIÓN 0378 DE 30 DE ENERO DE 2017 SNR<br>Nombre y firma |

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1025554244

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53386283

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaría X Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 057

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

*COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA *** NOTARIA 57***

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PEREZ********** | VARGAS********** |

Nombre(s)

AVRIL**********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor Rh |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes JUL Día 29 | FEMENINO | B | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

*****COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.*******

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO********** | 12798644-0******* |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1022386654 DE BOGOTA D.C.****** | COLOMBIANA****** |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA****** | COLOMBIANA****** |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA****** | Oscar A Perez Jaimes |

**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 2014 Mes AGO Día 04

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

LEON GUILLERMO PICO MORA (E)

Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Oscar A Perez Jaimes

Firma

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

LEON GUILLERMO PICO MORA (E)

Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

LIV. 1 178 F 007

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1025547305

Indicativo Serial 51072264

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 0 5 2

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: PEREZ

Segundo Apellido: VARGAS

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes JUL Día 04

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 10726403-9

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número): TI 93082705110 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91159586 DE FLORIDABLANCA

Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91159586 DE FLORIDABLANCA

Firma: Oscar Antonio Perez Jaimes

**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 2011 Mes JUL Día 07

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

EDWARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Oscar Antonio Perez Jaimes

Firma

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

1.- DE V. 155, FOL 392

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -