SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2020**
Versión	**ENERO 2020 - 1,20**
ID de Proceso	**89446-561273**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ	**C.C.**	27.984.199	**IP/Nº de contacto**	74129
Correo electrónico contratista:	apgonzalez99@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	048600062631
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**			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1326540/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**10720**	
Valor Total del Contrato	$ 35.550.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.550.000	**1**	**Del**	**10/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 2.370.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.180.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.370.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.370.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.397.100**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8605484136**	Valor Base retención en la fuente	1.397.100,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 948.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.099.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 118.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 151.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 9.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	4.200,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 237.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 465.700		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.365.800,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES MES DE FEBRERO

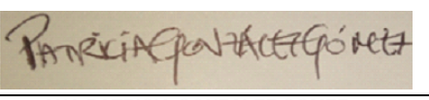
Ficha 1844891; Recolección y alistamiento de documentos de estudiantes de grado 10 del colegio Miralindo del municipio de Landázuri reunión con rector y docente homólogo para concertación de horarios.

Ficha 1840044; Recolección y alistamiento de documentos de estudiantes de grado 10 del colegio Delicias del municipio de Puente Nacional, reunión con rector y docente homólogo para concertación de horarios.

Ficha 1844912; Recolección y alistamiento de documentos de estudiantes de grado 10 del Instituto Técnico Agropecuario ITA del municipio de Guavata, reunión con rector y docente homólogo para concertación de horarios.

Ficha 1847879; Recolección y alistamiento de documentos de estudiantes de grado 10 del Colegio Las Flores del municipio de Landázuri, reunión con rector y docente homólogo para concertación de horarios.

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.



ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

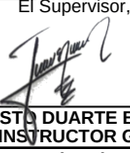
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



JUAN ERNESTO DUARTE BALLESTEROS
INSTRUCTOR G18

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-27984199
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-02-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-02-24
FECHA DE PAGO:	2020-02-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2020-01
PERIODO SALUD:	2020-01
NUMERO PLANILLA:	8605484136
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8649263082
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS016	805000427	COOMEVA EPS	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 100	$ 109.800	$ 109.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 200	$ 140.500	$ 140.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 100	$ 9.200	$ 9.300
		Total a pagar		$ 2.633.409	$ 0	$ 0	$ 400	$ 259.500	$ 259.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/03/2020

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, Santander. 28 De Febrero De 2020

Señor
JUAN ERNESTO DUARTE
SUPERVISOR CONTRATO No CO1.PCCNTR.1326540
Coordinador Académico
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Vélez

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes **FEBRERO** del año **2020**

Referencia: No (CO1.PCCNTR.1326540) del año (2020)

ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. **27.984.199** de **Barbosa**, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinaciòn Académica, 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: Se fija como valor total del contrato la suma de **Treinta y cinco millones quinientos cincuenta mil pesos (35.550.000,00) moneda legal colombiana**, esta suma será pagada por el Sena al contratista así: a) Pagos mensuales por valor de tres millones quinientos cincuenta y cinco mil pesos **($3.555.000,oo)** m/cte. b) En los casos en los que las actividades no supere el mes, el pago se realizará en proporción al tiempo trabajado, siempre que no supere el valor del contrato de la presente vigencia.

Plazo: Será hasta el (10) de (**DICIEMBRE**) de 2020.

OBJETO:
Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal para desarrollar los programas de formación titulada y complementaria de articulación con la media el área pecuaría en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	**Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.**	Ejecución de la Formación Profesional Integral en Articulación con la Media en las siguientes fichas: 1844891, (Colegio Miralindo), 1840044 (Colegio Delicias), 1844912	Anexo alistamiento pedagógico del mes de **FEBRERO** subidos en el DRIVE.

		(Instituto Técnico Agropecuario ITA) 1847879 (Colegio Las Flores)	
2.	**Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación.**	Se realizo la Capacitación del SSGT que esta dada en la plataforma de **contratistas SENA** y oportunamente el registro e inscripción de los aprendices en SOFIA PLUS.	Anexo Certificado de la capacitación SSGT en la carpeta de **FEBRERO** subidos en el DRIVE. Gestión en la inscripción y matrícula de aprendices.
4.	**Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.**	Se promociono la segunda oferta del CGAO para el presente año a través de redes sociales en las diferentes IE y a la comunidad en general.	Promoción de la oferta vigente. Mes de FEBRERO.
5.	**Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.**	Se diligencio el informe mensual de actividades en los tiempos concertados.	Informe mensual de actividades, del mes de **FEBRERO** subidos en el DRIVE.
7.	**Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información 4 GTH-F-075 V.04.**	Participación en la reunión del equipo ejecutor dela rea agropecuaria para definir la distribución de las IE y la asignación de los instructores con rol de *gestores de proyectos.* Programación académica cargada en el aplicativo Sofia Plus.	Anexo acta de reunión del equipo ejecutor mes de **FEBRERO** subidas en le DRIVE. Programación mensual de actividades debidamente cargada en el aplicativo Sofia Plus.
11.	**Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.**	Uso de los formatos de formación profesional Integral. Se ha tenido en cuenta las recomendaciones del manejo de la imagen corporativa del SENA.	Los formatos y documentos del programa de articulación son debidamente organizados en las carpetas compartidas mes **FEBRERO** subidas en el DRIVE.
12.	**Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.**	Participación en la reunión de articulación y reunión del equipo ejecutor área agropecuaria para la concertación en la distribución de las IE y la asignación de los instructores con rol de *gestores de proyectos.*	Anexo lista de asistencia a dicho evento y evidencias fotográficas, correspondientes al mes de **FEBRERO** subidas en le DRIVE.

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.

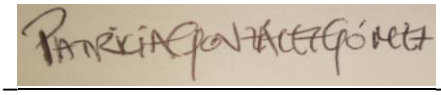
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

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 enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. de la planilla 8605484136, de ASOPAGOS del mesde Enero de 2020 (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Cordialmente,



Ana Patricia González Gómez
Contratista
C.C. No. 27.984.199

Recibí a satisfacción:



Juan Ernesto Duarte Ballesteros
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.1326540 DE 2020

Coordinador Académico

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14682482628

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2798419 9	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	27984199	1997 05 23

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Santander 68	Barbosa 077

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	GOMEZ	ANA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	Barbosa 077

41. Dirección principal: CR 5 15 A 23 BRR SAN LUIS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
papatico9516@yahoo.com		3142221595	

CLASIFICACION

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
8543	2014 02 03	8560	2014 02 03	7500	8542		2225	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2020 02 06

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: PATRICIA GONZALEZ GOMEZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-02-2020 03:57:14PM

DOCUMENTO SIN COSTO

Uptc
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

M.D FERNANDO ABRIL DIAZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RM 15933/ LICENCIA S.O 0309 de 2016
Consultorio Carrera 9 No. 8-82 piso 2 Barbosa Sder. Cel. 311 859 6855

Actividad Ecónómica de la Empresa: _____

CONCEPTO DE APTITUD FISICA OCUPACIONAL

Examen Médico Ocupacional — Ingreso: X D 29 M 11 A 20 — Periódico _ D M A — Reintegro: _ D M A — Retiro: _ D M A

IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Ana Patricia Gonzalez Gomez — Número de Identificación: 27984199 de Barbosa
Lugar de nacimiento: _____ — Fecha de Nacimiento: 05/4/79 — Sexo: F X M _ — Edad: 41 años
Estado Civil: S _ C _ UL _ Sep _ V _ — Escolaridad: Básica _ Media _ Técnica: _ Universidad: X Postgrado: _ Profesión: _____
Cargo: Medico Veterinario — Fecha de Ingreso: _____ — Antiguedad: _____ años
Funciones principales: Administrativa _ Desplazamiento fuera del Edificio _ Operativo intramural _ Operativo Extramural _ Trabajo en Alturas _ Conducción de vehiculos _ Otro (¿Cual?): _____
E.P.S. (Salud): Coomeva — A.F.P.(Pensiones): Proyecta — A.R.L.(Riesgos): _____

X	EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR		TRABAJO EN ALTURAS		TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS
X	HEMOGRAMA	X	ESPIROMETRIA		MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
X	PERFIL LIPIDICO	X	VISIOMETRIA - OPTOMETRIA		VDRL
X	GLICEMIA	X	AUDIOMETRIA		BACILOSCOPIA
X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	PRUEBA VESTIBULAR	X	PSICOLOGIA
	RX DE COLUMNA		RX DE TORAX	X	OTROS: Uroanalisis - Aborellosis

RECOMENDACIONES

USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ____
PAUSAS ACTIVAS____ DIETA BAJA EN GRASAS _____ DIETA BAJA EN AZUCAR____ DIETA RI CA EN FRUTAS Y VERDURAS ____
USO DE LENTES OPTICOS FORMULADOS_____ USO DE AUDIFONOS _____ SALUD POSTURAL ____ SALUD VISUAL_____
VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS_____
VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD MEDICA EN SU EPS SI_____NO____ CUAL?:_____
INGRESO A PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SI_____NO____ CUAL?:_____

CONCEPTO MEDICO DE INGRESO/REINTEGRO

Concepto		Observaciones
Apto	X	
Restricciónes		
No apto		

Requiera reubicación: No ____ Sí ____

CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO — Normal: Si ___ No ___ Describir: _____
Remisión No.___ Sí___ EPS_____ ARL _____ — Limitación fisica: No.___Si ___ Describir: _____

CONCEPTO MEDICO DE RETIRO — Normal: Si ___ No ___ Describir: _____
Remisión No.___ Si ___ EPS_____ ARL_____ — Limitación fisica No.___ Si___ Describir: _____

Fernando Abril
Medico Especialista G.S.O.
15933/0309/2016

Firma y cédula del examinado

Nombre; firma y registro del medico

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27984199 realizó el día 24/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27984199 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

PATRICIA GONZALEZ GOMEZ

Firma

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

Medellín, 11 de febrero de 2020

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

CERTIFICA:

Que ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 27984199 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/02/2020 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 2013001

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C279841992004237557

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/02/2020 10.25 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **31/01/2020**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **27984199**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550048600062631**
Saldo a la fecha	**9,112.21 Pesos**
Fecha de apertura	**24/10/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101003971	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
08	02	2020	10	02	2020	00:00	10	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA			Identificación:	27984199
Dirección:	CRA 5 N 15A-23	Ciudad:	BARBOSA - SANTANDER	Teléfono:	3142221595

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	TRANSVERSAL 8 N 8A - 50	Ciudad:	VELEZ - SANTANDER	Teléfono:	7563017

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.PCCNTR1326540 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EL ÁREA PECUARIA EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2020	10/04/2021	$ 3,555,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 3,555,000.00	08/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
BARBOSA SEGUROS ASESORES LTDA	164160	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 CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA

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.

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. 96-46-101003971, 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 BUCARAMANGA, a los 8 días del mes de Febrero de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 96461010039710

FECHA	
08/02/2020	

RECIBIMOS DE: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA C.C. 27984199

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101003971

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101003971 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 32,130.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	BARBOSA SEGUROS ASESORES LTDA - 164160	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 32,130.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 96461010039710

FECHA	
08/02/2020	

RECIBIMOS DE: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA C.C. 27984199

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101003971

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101003971 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 32,130.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	BARBOSA SEGUROS ASESORES LTDA - 164160	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 32,130.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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.96-46-101003971

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.

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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000014325814(3900)00000000032130(96)20200211

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO Nº: 30000014325814

HACE CONSTAR QUE:

FECHA
08/02/2020 11:23a.m.

RECIBIMOS DE: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA — CC. 27.984.199

LA SUMA DE: Treinta y dos mil ciento treinta pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000014325814

Póliza/s	**Importe SubTotal**	**IVA**	**Importe Total**
96-46-101003971	$20.000,00	$5.130,00	$32.130,00

FORMA DE PAGO

Bancolombia - Cuenta Nro. 47189 $32.130,00

EFECTIVO:	$32.130,00
CHEQUE:	$0,00
TARJETA:	$0,00
BD:	$32.130,00
OTROS:	$0,00

TRANSACCION: 0001432581

TOTAL: $32.130,00

Cajero Rapiestado

08/02/2020 11:23:19a. m.

172.16.10.29

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Vélez, 29 de Febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1099211366**	**MIGUEL SANTIAGO ULLOA GONZALEZ**	**HIJO**
NUIP	**1130044226**	**JOSE MANUEL ULLOA GONZALEZ**	**HIJO**
NUIP	**1099218917**	**MARIA LUCIA GORDILLO GONZALEZ**	**HIJA**

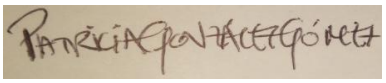
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ

C.C. 27.984.199 de Barbosa Santander

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.218.917

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **56112135**

56112135

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GORDILLO.....	GONZALEZ.....

Nombre(s)
MARIA LUCIA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 08	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER VELEZ.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	15110222-5.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 27.984.199.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GORDILLO CARATON MIGUEL ROBERTO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.097.162.210.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GORDILLO CARATON MIGUEL ROBERTO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.097.162.210.....	

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 2019 Mes OCT Día 11	DARIO MONROY FONSECA - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

11.OCT.2019 - LIBRO DE VARIOS - SE LLEVA AL LIBRODE VARIOS FOLIO 017 DEL 11/10/2019..

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1130044226

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34937618

34937618

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [ZBR]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ULLOA.	GONZALEZ.

Nombre(s)
JOSE MANUEL.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - BOYACA - MONIQUIRA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	12194089 - 5.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 27.984.199.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ULLOA VALENCIA JOAQUIN HERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 91.013.242.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ULLOA VALENCIA JOAQUIN HERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 91.013.242.	

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 2013 Mes SEP Día 27	DRA. LUZ STELLA SARMIENTO HERRERA Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA · LUZ STELLA SARMIENTO HERRERA · Notaria

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.099.211.366
ULLOA GONZALEZ
APELLIDOS
MIGUEL SANTIAGO
NOMBRES
Miguel Ulloa
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
04-SEP-2011
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-SEP-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
12-OCT-2018 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-2701300-01041835-M-1099211366-20181022
0062778171A 1
6855176578