

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A		Código Regional	8
			Código Centro	930210
			Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Id de Proceso	03967-025696
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Correo electrónico contratista: cagalvis868@misena.edu.co		C.C. 1.143.424.868 IP/Nº de contacto 52007		
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO 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: AV VILLAS		Tipo de cta AHORROS Nº Cuenta 813718579		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato: 1730078/2020		Nº Compromiso SIIF 86420		
Valor Total del Contrato \$ 17.794.829 Saldo Anterior del Contrato \$ 17.794.829 Nuevo Saldo del Contrato \$ 14.428.240	Nº Pago 1 Del 03/08/2020 Al 31/08/2020 Comisiones \$ 0,00	Periodo objeto de pago Valor Bruto Pago \$ 3.366.589,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.366.589 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.366.589 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.984.523		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.346.636 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 168.400 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 215.500 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 7.100 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ - Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ - Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ - Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ - Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 336.659 Salud hasta \$ 569.712 \$ - Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 661.508 Retención en la Fuente Contingente \$ -	Agosto Julio 1031203005	Valor Base retención en la fuente 1.984.523,00 Valor Base retención en la fuente ICA 2.982.689,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 29.827,00 1,000% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$ 3.336.762,00		
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA EN EL AREA DE DISEÑO E INTREGACIO MULTIMEDIA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ,SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO A ETAPA P Impartir formación profesional: fichas 2104882 Realizar actividades de instructor de seguimiento modalidad virtual a las fichas: 1668044 -1668043- 1668033- 1667981- 1667980- 1667979 - 1667909- 1667853- 1667851- 1667850- 1667814				
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.				
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.		Autorizo el presente pago. El Supervisor, DORIS ESTER DEL TORO RUIZ INSTRUCTOR G20		
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
YIZY YELINE CORTES PADILLA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

Bogotá, Julio 23 de 2020

Señor:
GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO
CC. 1143424868
CL 13 17 B 52 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 4 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GALVIS MANJARRES CARLOS AUGUSTO	1143424868	C	Sep-4-2012	56	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANJARRES BARRIOS NANCY ESTHER	32819451	C	Sep-4-2012	56	0	PADRES	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES	1143424868	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GESTION Y SERVICIOS GYJ SAS	1143424868	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
GESTION Y SERVICIOS GYJ SAS	1143424868	Dependiente	CERRADO
IGLESIA CENTRO BIBLICO INTERNACIONAL	1143424868	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1143424868**, se encuentra afiliado/a desde **26/02/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de julio de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-08-13, 01:08:09 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: agosto de 2020

Período Servicio: agosto de 2020

Número Planilla: 1031203005

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES			
Documento	CC1143424868			
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			
Tipo Persona	NATURAL			
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP., INDUSTRIAL Y PORTUARIO			
Representante Legal				
Total Afiliados	1			

Dirección	CL 13 #17 B - 52
Teléfono	1
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	ATLANTICO
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TPE	TAE	TAD	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	VAP	INP	Dias AFP	Dias AFP	Dias ARB	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1143424868	CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES	59	00														0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.346.600	\$ 215.500	(EPS02) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.346.600	\$ 168.400	0,822	\$ 1.346.600	\$ 7.700	(NINCC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 391.000

III. TOTALES

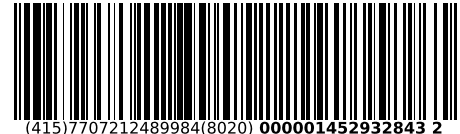
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.346.600	\$ 1.346.600	\$ 1.346.600	\$ 0	\$ 215.500	\$ 168.400	\$ 7.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 391.000	\$ 0	\$ 391.000

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14529328432



(415)7707212489984(8020) 000001452932843 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 3 4 2 4 8 6 8

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 4 3 4 2 4 8 6 8

27. Fecha expedición

2 0 0 7, 1 2, 0 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

GALVIS

32. Segundo apellido

MANJARRES

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 13 17 B 52

42. Correo electrónico

caugalvis@hotmail.com

43. Código postal

8 0 0 4

44. Teléfono 1

3 0 4 2 5 0 1 3 6 9

45. Teléfono 2

3 5 2 2 2 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

5 9 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 4, 0 7

Actividad secundaria

48. Código

5 9 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 0 1, 3 1

Otras actividades

1

2

9 0 0 6

8 5 5 1

Ocupación

51. Código

3 1 3 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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

2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



Creando conciencia, hacemos la diferencia.



Certificado SC 7231 - 1

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 20120910

Versión: 2

NIT: 802022218-2 Dir: Cra 49 No.74-77 Barranquilla - Atlántico Tel: 3603103-3450379 Email: administrativa@ssobq.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES

Identificación: CC 1143424868

Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1989-11-28 Edad: 28 A

Dirección CALLE 13 N 17 B - 52

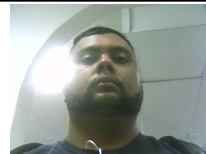
Teléfono: 3042501369

Empresa: PARTICULAR

Empresa en misión: PARTICULAR

Actividad económica:

Talla (mts): 1.72 Peso (kg): 117.0 IMC: 39,55 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00224375

Fecha apertura: 20180120 10:17:07

Fecha cierre: 20180120 11:12:58

Realizado en: Barranquilla - Atlántico

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

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

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENF. OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

MANEJO POR EPS

Higiene postural.

Pausas activas.

Puede manipular cargas hasta 25 kilos..

Valoración por cirugía general.

Control de peso por EPS.

Valoración por nutrición y dietética de EPS.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Bajar de peso.

Dieta baja en carbohidratos.

Dieta baja en grasas.

Ejercicio físico 30-60 minutos de ejercicio a 50-80% de la capacidad aeróbica, por lo menos 3-4 días a la semana.

Realizar actividades recreativas y deportes.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: Apto con recomendaciones

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional

Nombre: JUAN ERICK RODRIGUEZ ARGOTE

Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional

Licencia S.O.: 07399

Registro No.: 478341/2009

Firma del Paciente

Tipo y No. Id: CC 1143424868



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 realizó el día 10/08/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143424868 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.143.424.868, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/08/2020 y fecha fin de contrato 30/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001018117859.

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

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

**BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que CARLOS AUGUSTO GALVIS MANJARRES identificado con el documento No. 1143424868 posee en la oficina VILLA COUNTRY (806) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 813718579 desde el 30 de marzo de 2016.

FECHA DE EXPEDICION: 2020/07/23

Mayor información Línea Audiovillas:

Bogotá: 444 1777 / Barranquilla: 330 4330 / Bucaramanga: 630 2980 / Medellín: 325 6000 /

Cali: 885 9595 / Resto del país: 018000 51 8000

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
BARRANQUILLA			BARRANQUILLA			85		85-46-101018642		0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:		A las:	
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:		Día:	Mes:	Año:	Horas:
02	08	2020	03	08	2020	00:00		30	04	2021	00:00
Tipo Movimiento:											EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: GALVIS MANJARREZ CARLOS AUGUSTO								Identificación: 1143424868-0			
Dirección: CLL13 17B 52				Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO				Teléfono: 3042501369			

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.1730078 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL, SEGUIMIENTO A LA FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA EN EL AREA DE DISEÑO E INTEGRACIÓN MULTIMEDIA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ,SEGUIMIENTO A LA FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA.

AMPAROS

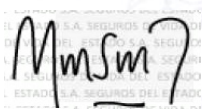
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		03/08/2020	30/04/2021	\$ 1,779,482.90
OBSERVACIONES:				

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	\$ 1,779,482.90	02/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CONSTRUYENDO SEGUROS L	164232	100.00			

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

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





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com

FIRMA TOMADOR
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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, 31 de Agosto del 2020 Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

C.C.	32819451	NANCY ESTHER MANJARRES BARRIOS	MADRE
-------------	-----------------	---------------------------------------	--------------

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: Carlos Augusto Galvis Manjarres

C.C. 1.143.424.868 De Barranquilla

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.819.451

MANJARRES BARRIOS

APELLIDOS

NANCY ESTHER

NOMBRES

Nancy Manjarres
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1963

ALGARROBO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

07-SEP-1983 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300150-00145896-F-0032819451-20090108 0009351147A 1 3350022141