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** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **29386-369240** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA
**Correo electrónico contratista:** alfredorivasvega@gmail.com
**C.C.** 12.548.160 **IP/Nº de contacto** 3013870770

**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:** DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 116000566855

**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:** 1733010/2020 **Nº Compromiso SIIF** 86220

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 10.640.827 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.640.827 | **1** | **Del** | **03/08/2020** | **Al** **31/08/2020** | **$ 2.524.942,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.115.885 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.524.942 | | 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** | **$ 2.524.942** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.677.782** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4350691314** | Valor Base retención en la fuente | 1.677.782,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.009.977 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 2.237.042,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 126.300 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 161.600 | $ 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 I | $ 5.300 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 22.370,00 | 1,000% |
| 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 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 559.261 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.502.572,00** | |

**SON: DOS MILLONES QUINIENTOS DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE PANADERÍA Y REPOSTERÍA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN QUE MANEJA EL C COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VULNERABLE
FICHAS N° 21710364-2175011- 2171087-

**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.

**ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA**
**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,

**GABIS DE JESUS AMAYA TORRES**
**INSTRUCTOR**

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

**YIZY YELINE CORTES PADILLA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

## CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA identificado con CC 12548160 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

**Fecha de Activación de Servicios:** **01/04/2020**

**IPS Cotizante:** **UT SANTA MARTA- CIENAGA PARA LA ATENCION USUARIOS NUEVA EPS-BIENESTAR IPS SEDE SANTA MARTA - TR2**

**Categoría:** **A**

**Estado:** **ACTIVO**

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo Afiliado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| ROSA MARIA RIVAS MARTINEZ | TI 1004367682 | UT SANTA MARTA- CIENAGA PARA LA ATENCION USUARIOS NUEVA EPS-BIENESTAR IPS SEDE SANTA MARTA - TR2 | BENEFICIARIO | 03/04/2020 | ACTIVO |
| LESBIA ROSA MARTINEZ OROZCO | CC 36562196 | CLINICA MEDICAL DEL CARIBE S.A.S | BENEFICIARIO | 04/07/2020 | ACTIVO |

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 30 días del mes de julio del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
**Nueva EPS S.A**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 12548160 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 13 # 9-50 GAIRA | TELÉFONO: | 4229302 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4350691314** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/08/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991511091 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 140.500** | **$ 0** | **$ 140.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 109.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 109.800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.600 | $ 4.600 | $ 0 | $ 0 | $ 4.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 12548160 | RIVAS VEGA ALFREDO EMILIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 877.803 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 877.803 | 12548160 | $ 4.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 254.900** |

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14437155071

(415)7707212489984(8020) 000001443715507 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 5 4 8 1 6 0 | 7 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 2 5 4 8 1 6 0 | 1 9 7 8 0 8 0 1 |

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIVAS | VEGA | ALFREDO | EMILIO |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| DISTRIBUIDORA DEL NORTE R.V. | |

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 13 9 50 BRR GAIRA

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

## 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 |
| 3 1 1 0 | 2 0 1 7 1 0 1 4 | 8 5 5 1 | 2 0 1 3 0 2 0 6 | | | 1 3 1 4 | 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: | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 0 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre RIVAS VEGA ALFREDO EMILIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14437155071

(415)7707212489984(8020) 000001443715507 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 5 4 8 1 6 0 | 7 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 |

## 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: | 2 0 1 0 0 3 1 0 (Año Mes Día) | (Año Mes Día) |
| 74. Número de Notaría: | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro: | 2 0 1 0 0 3 1 0 (Año Mes Día) | (Año Mes Día) |
| 77. No. Matrícula mercantil: | 6 8 5 9 4 | |
| 78. Departamento: | 4 7 | |
| 79. Ciudad/Municipio: | 3 2 | |
| Vigencia: | | |
| 80. Desde: | (Año Mes Día) | (Año Mes Día) |
| 81. Hasta: | (Año Mes Día) | (Año Mes Día) |

## 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): |
|---|---|---|---|
| 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®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14437155071

(415)7707212489984(8020) **000001443715507 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | - | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Fabricacion de partes y piezas de 1 6 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: MULTIPAN DEL MAGDALENA

| 163. Departamento: | 164. Ciudad/Municipio: |
|---|---|
| Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

165. Dirección: CL 13 9 50

| 166. Número de matrícula mercantil: | 167. Fecha de la matrícula mercantil; |
|---|---|
| 6 5 8 9 4 | 2 0 1 0 0 3 1 0 |
| 168. Teléfono: | 169. Fecha de cierre AAAA MM DD |

**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; AAAA MM DD |
|---|---|
| 168. Teléfono: | 169. Fecha de cierre AAAA MM DD |

**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; AAAA MM DD |
|---|---|
| 168. Teléfono: | 169. Fecha de cierre AAAA MM DD |

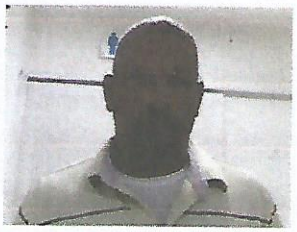
COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**Colombia, un compromiso que no podemos evadir.**

Código Prestador: 1100121745 Nit:901164563-7
Dirreción: CARRERA 43 NO. 69E - 53 LOCAL 101 - BARRANQUILLA - ATLANTICO
Teléfono: (5) 3855912
Web:
Email: dasaludips@hotmail.com

DASALUD

**FECHA DE EXAMEN** 2019-01-30
**TIPO DE EXAMEN** INGRESO



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA | | Identificación CC | Nro 12548160 | |
| **Fecha de Nacimiento** | 1959-07-14 | **Edad** | 59 | **Sexo** | M |
| **Empresa Contratante** | PARTICULAR | | | | |
| **Convenio Comercial** | PARTICULAR | | | | |
| **Profesión** | ADMON INDUSTRIAL | | **Cargo** | INSTRUCTOR | |
| **Fecha Ingreso** | | | | | |

**EXAMENES REALIZADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

**CONCEPTO**

**CONCEPTO** PREINGRESO SIN RESTRICCIONES

**RECOMENDACIONES MEDICAS** CONTROL DE PESO , EJERCICIO , DIETA

**CONDUCTA**

| | |
|---|---|
| CONTROL NUTRICION | X |

**RECOMENDACIONES**

| | |
|---|---|
| REMITIR A EPS | X |
| CARDIOVASCULAR Y METABOLICO | X |

Certifico que he comprendido, los beneficios , la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.

GUILLERMO ALBERTO SIMMONDS LASCARRO
RM: 2889 L.S.O. 0471
Firma y sello del médico evaluador

ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA
CC 12548160
Firma del trabajador evaluado



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12548160 realizó el día 12/08/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

**POSITIVA**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

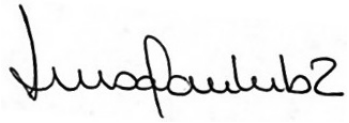
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA, con Cédula Ciudadanía No. 12548160 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 03/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 03/08/2020 y fecha hasta 30/11/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202001018108994.

Dada en Bogotá, a los 13 días del mes de agosto de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**SANTA MARTA,** **28/07/2020**
**MAGDALENA,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALFREDO EMILIO RIVAS VEGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **12548160**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550116000566855** |
| Fecha de apertura | **01/06/2010** |

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: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101018732 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 03 | 08 | 2020 | 03 | 08 | 2020 | 00:00 | 30 | 04 | 2021 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: | RIVAS VEGA ALFREDO EMILIO | | | Identificación: | 12548160 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | CALL 13 9 50 | Ciudad: | SANTA MARTA - MAGDALENA | Teléfono: | 3013870770 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | Identificación: | 899999034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | CARRERA 43 NRO 42 40 PISO 10 | Ciudad: | BARRANQUILLA - ATLANTICO | Teléfono: | 3851285 |

**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. C01.PCCNTR.1733010 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS C01.PCCNTR.1733010 REFERENTE IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE PANADERIA Y REPOSTRERIA EN LOS DIVERSOS PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIAS QUE MANEJE EL CCYS DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA POBLACIÓN VULNERABLE

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 03/08/2020 | 30/04/2021 | $ 1,064,082.70 |

OBSERVACIONES:

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 24,401.02 | $ 7,000.00 | $ 5,966.19 | $ 37,367.21 | $ 1,064,082.70 | 03/08/2020 |

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

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

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

**FIRMA AUTORIZADA:** Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

**FIRMA TOMADOR**

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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