SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA	**C.C.**	54.259.923	**IP/Nº de contacto**	3117357760
Correo electrónico contratista:	cportocarrero@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	53635986944
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1378038/2020			**Nº Compromiso SIIF**	9020	
Valor Total del Contrato	$ 32.410.666	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.410.666	1	**Del**	17/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 1.428.266,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.982.400		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.428.266	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	**$ 1.428.266**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 776.354**	**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	---	4323733781
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 142.827	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 258.785	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	776.354,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.177.966,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	2.356,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	14.283,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	110.092,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.301.535,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión de inducción con los instructores de trasversales con la coordinadora académica
Reunión con el equipo de trasversal de emprendimiento para realizar programación
Reunión con el equipo de trasversal de emprendimiento para realizar la planeacion pedagogica
Reunión para socializacion de los lineamientos d epago para el año 2020
Impartir formación en la trasversal de emprendimiento

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.

CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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 periodo de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

Bancoomeva

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	54259923
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO
DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CL45 MZ E CASA 10 BARRIO BUENEOS AIRES
TELÉFONO:	6730643
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4323733781
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES enero AÑO 2020
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	12
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/19
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999068677

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 140.500	$ 1.300	$ 141.800
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 1.300	$ 141.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 109.800	$ 1.000	$ 0	$ 110.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 1.000	$ 0	$ 110.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.600	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:									$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 54259923	PORTOCARRERO CORDOBA CONCEPCION	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	54259923	$ 4.600

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 257.300

Planilla Pagada

Yo: concepción Portocarrero Córdoba, identificada con. cc #54259923 de Quibdó, manifiesto q' esta planilla corresponde al mes correspondiente o cuenta de cobro del objeto de pago.

[illegible]

concepción portocarrero Córdoba
cc 54259923

Escaneado con CamScanner

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14528594176

(415)7707212489984(8020) 000001452859417 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 4 2 5 9 9 2 3	2	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

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	5 4 2 5 9 9 2 3	1 9 9 3 0 2 1 3

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PORTOCARRERO	CORDOBA	CONCEPCION	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: CR 8 48 B 07 BRR BUENOS AIRES PARTE ALTA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
mgabriel06@hotmail.com	29645	6733951	3117357760

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
8211	2008 01 31	7010	2008 01 31			2419	

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: 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:

Fecha generación documento PDF: 21-02-2020 07:44:12AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner



ARGOSALUD

"Vigilantes de la Salud"

NIT: 900066756-8

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	X	EVALUACION MEDICA PERIODICA		EVALUACION MEDICA DE RETIRO	
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:			

NOMBRE DEL PACIENTE: **CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA**		EDAD (AÑOS): **45**
C.C: **54.259.923**	EMPRESA: **SENA CHOCO**	
FECHA: **13/02/2020**	CIUDAD: **QUIBDO**	CARGO: **INSTRUCTORA**

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	X	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	X

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO

		N	A			N	A			N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	-			GLICEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	-			COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):	-			TRIGLICERIDOS	-						
				PERFIL LIPIDICO	-						
				CUADRO HEMATICO	-						

N: Normal – A: Alterado-

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

SIN RESTRICCION	X
CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL	-
APLAZADO	-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA	X
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS	X
PAUSAS ACTIVAS	X
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO	X
CONTROL DE PESO	X
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS	-
VISIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____	-
AUDIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____	-
OPTOMETRIA - Control Semestral _____ Anual _____	X

OTRAS: _____

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha usted cuenta con un mes Para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico(a) Ocupacional"

Dirección: Calle 28 Nº 6 – 24 Teléfono: 6 723 259 / 3207210349 e-mail: argoips@hotmail.com
Quibdó - Chocó

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 54259923 realizó el día 18/02/2020 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 CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 54259923 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

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

Escaneado con CamScanner

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 CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA, con Cédula Ciudadanía No. 54259923 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 16/02/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202001000543550.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 15/02/2020 04:50:50 p. m.
ISCDC: 15/02/2020 04:50:50 p. m.

Escaneado con CamScanner

Certificado Bancario

Viernes, 7 de Febrero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA identificado(a) con CC 54259923, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	53635986944	2007/09/04	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez

Es el

Escaneado con CamScanner

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
111021069858

PÓLIZA
AA023686

FACTURA
AA069858

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00021 **CERTIFICADO** AA061407 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 7815601 - 7815687
AGENCIA MONTERIA **DIRECCIÓN** CARRERA 4 N 26-46 LOCAL 3

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
17	02	2020	DESDE	DD 17	MM 02	AAAA 2020	HORA	12:00	17	02	2020
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 04	MM 12	AAAA 2021	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	PORTOCARRERO CORDOBA CONCEPCION			**NIT/CC** 54259923
DIRECCIÓN	CRA 8 N 48B BARRIO BUENOS AIRES PARTE ALTA	**E-MAIL**		**TEL/MOVIL**
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			**NIT/CC** 899999034
DIRECCIÓN	KM 1 VIA PANTANO DE VARGAS	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL** 0
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			**NIT/CC** 899999034
DIRECCIÓN	KM 1 VIA PANTANO DE VARGAS	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL** 0
AFIANZADO	PORTOCARRERO CORDOBA CONCEPCION			**NIT/CC** 54259923
DIRECCIÓN	CRA 8 N 48B BARRIO BUENOS AIRES PARTE ALTA	**E-MAIL**		**TEL/MOVIL**

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
CIUDAD	QUIBDO
DEPARTAMENTO	CHOCO
LOCALIDAD	QUIBDO
DIRECCION	QUIBDO
TIPO DE CONTRATO	PREST SERVICIOS/CONOCIM TECNIC

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO	
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	$3,241,066.60

VIGENCIAS GARANTÍA		
FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
17/02/2020	04/12/2021	656

VALOR ASEGURADO TOTAL $3,241,066.60

NÚMERO DE RIESGOS	

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$.	$.	$.	$.

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO	
COMPAÑIA	PARTICIPACIÓN
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900353279	AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.
Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 19 de febrero de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
111021069858

PÓLIZA
AA023686

FACTURA
AA069858

equidad seguros

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00021 **CERTIFICADO** AA061407 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 7815601 - 7815687
AGENCIA MONTERIA **DIRECCIÓN** CARRERA 4 N 26-46 LOCAL 3

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
17	02	2020	DESDE	17	02	2020	HORA	12:00		17	02	2020
			HASTA	04	12	2021	HORA	12:00				

DATOS GENERALES

TOMADOR PORTOCARRERO CORDOBA CONCEPCION **NIT/CC** 54259923
DIRECCIÓN CRA 8 N 48B BARRIO BUENOS AIRES PARTE ALTA **E-MAIL** **TEL/MOVIL**

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

OBJETO DE LA MODIFICACION: FATO INCLUIR LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO 4 MESES MAS.

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXPIDE CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO, DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CO1.PCCNTR.1378083 DE FECHA 15 - FEB - 2020 DE ACUERDO A LAS GARANTÍAS DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA SOLICITADAS EN EL CONTRATO, REFERENTE A: CONTRATAR
LOS SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL DE UN (1) INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA
PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION EN LA COMPETENCIA TRANSVERSAL DEL EMPRENDIMIENTO EN EL CRNIB.

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN
SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 19 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.	**1003932761**	**MILTON GABRIEL BECERRA PORTOCARRERO**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1077464983**	**MILTON ANDRES BECERRA PORTOCARRERO**	**HIJO**

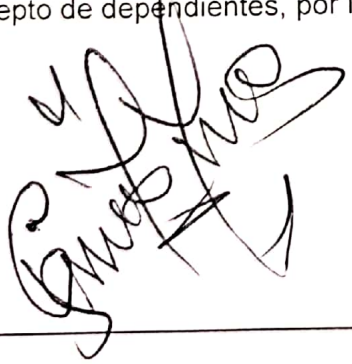
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CONCEPCION PORTOCARRERO CORDOBA

C.C. 54.259.923 de Quibdó

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.077.464.983

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52239461

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registr. adurla: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: K 7 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE QUIBDO - COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido: BECERRA

Segundo Apellido: PORTOCARRERO

Nombre(s): MILTON ANDRES

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes SEP Día 29 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

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

Número certificado de nacido vivo: 11230431-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PORTOCARRERO CORDOBA CONCEPCION

Documento de identificación (Clase y número): CC 54.259.923

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BECERRA CORDOBA MILTON

Documento de identificación (Clase y número): CC 11.793.458

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BECERRA CORDOBA MILTON

Documento de identificación (Clase y número): CC 11.793.458

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes OCT Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HEYLER MENA MENA - REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 3059212

NUIP 1.003.932.761

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acredita Parentesco [X]

Apellidos y Nombres completos

PORTOCARRERO MILTON GABRIEL

Fecha de nacimiento (Día, Mes en letras, Año) | Sexo (en letras) | Tipo Certificado

9 JUN 2003 | MASCULINO

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Fecha de Inscripción (Día, Mes en letras, Año) | Indicativo serial

28 NOV 03 | 0038758209

Apellidos y Nombres completos

CARREÑO CORDOBA CONCEPCION

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 54.259.023 | COLOMBIA

Apellidos y Nombres completos

CORDOBA MILTON

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 11.793.458 | COLOMBIA

Apellidos y Nombres completos

CARREÑO CORDOBA DIDIER

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 11.813.810

Nota para notas

DECRETO 1260 DECRETO 2150/95

Lugar de Inscripción (Departamento, Municipio)

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Código

R 7 1

Fecha de Expedición (Día, Mes en letras, Año)

2 ABR 04

Nombre y Cargo del Funcionario

JOSE ANTONIO AYALA SANCHEZ
Registrador del Estado Civil

Escaneado con CamScanner