SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA-EMPRENDE

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**40904-713293**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA	**C.C.**	12.540.080	**IP/Nº de contacto**	4320416
Correo electrónico contratista:	jovimi@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** SI

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 518449285

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: 1759343/2020 **Nº Compromiso SIIF** 133420

Valor Total del Contrato	$ 16.171.307	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.171.307	**1**	**Del**	**12/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 2.526.767,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.644.540		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.526.767	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	**$ 2.526.767**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.610.768**	**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	----------	**9409511639**	Valor Base retención en la fuente	1.610.768,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.707	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.400.367,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 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	$ 10.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	16.803,00	0,700%
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	$ -		Pro-Hospital	50.535,00	2,000%
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	$ 252.677		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 536.923		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.459.429,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Reunión de alistamiento con el profesional de apoyo del programa Oscar Hugett para aclarar proceso técnico pedagógico a seguir. EVIDENCIAS:Acta No.1 además de pantallazos y lista de asistencia
2.Recibo de correos electrónicos de parte del profesional de apoyo SER, respecto a lineamientos de como llevar y entregar la información de la formación mensual del programa. EVIDENCIAS: Imagen con la captura de pantalla de los correos enviados
3.En proceso de alistamiento CÓDIGO DEL PROGRAMA 4311584, del 18 al 20 de agosto. .el programa tiene una duración de 96 horas.
4.Presentación del informe contractual correspondiente al mes de Agosto/2020. EVIDENCIAS:Informe anexado a la cuenta de cobro del mes en curso. Se entrega informe de gestión financiera con todos los documentos anexos y el de gestión contractual con las actividades
5.Se realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de julio con la planilla No 9409511639 de aportes en linea

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.

JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA
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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12540080		VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 # 8 C 27	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215659	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-07	2020-07	84441340	9409511639	I	2020/08/21	2020/08/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$9,200**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$9,200		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$9,200		$0	$0
1	CC	12540080	VILLALBA JOSE	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12540080		VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 # 8 C 27	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215659	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-07	2020-07	84441340	9409511639	I	2020/08/21	2020/08/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$259,500	$0	$0	$259,500

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14701683644

(415)7707212489984(8020) 000001470168364 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

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
VILLALBA	MIRANDA	JOSE	FRANCISCO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 19 8 C 27 BRR CENTRO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
jofravimi2006@hotmail.com		3 0 0 4 8 4 5 8 4 6	3 0 4 4 3 2 4 5 9 6

CLASIFICACIÓN

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
7 0 1 0	2 0 0 6 0 3 1 4	7 3 2 0	2 0 1 5 1 0 0 9				1 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 08 - 04 / 16 : 39: 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:

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

984. Nombre: VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **03/08/2020 10:48:00** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA**

Doc. Identidad	**CC 12540080**	Edad	**63 Años**	Género	**Masculino**
Dirección	**CL 19 #8C-27**			Teléfono	**3004845846**
Escolaridad	**Profesional**				
Eps	**NUEVA EPS**				

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL , OPTOMETRIA, PSICOLOGIA ,GLICEMIA,HEMOGRAMA, AUDIOMETRIA

CONCEPTO

Con restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR :
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS (IMC:28-70)
EJERCICIOS FUNCIONALES

-- CONTROL POR CIRUGIA GENERAL DE LA EPS
USOS DE LENTES MEDICADOS

NOTA :PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD , SE REALIZA ENCUESTA -TEST COVID 19 . SE TIENEN EN CUENTA LA RESOLUCION 666 DE 2020 Y LA CIRCULAR 030 DE 2020 SOBRE LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPCOFICADAS PARA LA POBLACION VULNERABLE Y/O CON PATOLOGIAS FRENTE AL COVID 19.

RESTRICCIONES LABORALES

Paciente En Buenas Condiciones De Salud Con Los Debidos Cuidados Por Situacion De La Pandemia

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: JOSE FRANCISCO VILLALBA
CC: 12540080
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

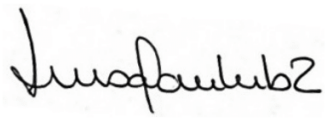
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 12.540.080, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 12/08/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 con riesgo 2.

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): 202001018150626.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Agosto de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12540080 realizó el día 19/08/2020 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

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

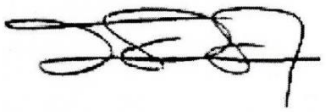
CERTIFICA

Que **JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 12.540.080** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros No 0518449285** aperturada el **03 de mayo de 2019**, cuenta **Activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **04** de **agosto** de **2020** a las **10:07**, con destino a **Quien Interese.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	46	46-46-101002732	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
11	08	2020	12	08	2020	00:00	18	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO			Identificación:	12540080
Dirección:	CL 19 NRO. 8 C - 27	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	3003248412

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	AV FERROCARRIL N 27- 97	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	4306602

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1759343 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD AGRICOLA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/08/2020	18/04/2021	$ 1,617,130.70

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	$ 1,617,130.70	11/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA	9519	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 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 420

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

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 94- 20 Bogota 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 46461010027320

FECHA
11/08/2020

RECIBIMOS DE: VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO C.C. 12540080

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 46-46-101002732

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SANTA MARTA - CU. ESTATAL - 101002732 - 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
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA - 9519

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°: 46461010027320

FECHA
11/08/2020

RECIBIMOS DE: VILLALBA MIRANDA JOSE FRANCISCO C.C. 12540080

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 46-46-101002732

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SANTA MARTA - CU. ESTATAL - 101002732 - 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
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: HILLER FRANCISCO GARCIA MEDINA - 9519

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA identificado(a) con CC 12540080 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**04/08/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CLINICA MEDICAL DEL CARIBE S.A.S**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 18 días del mes de agosto del año 2020 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE FRANCISCO VILLALBA MIRANDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12540080,** se encuentra afiliado/a desde **27/08/1991** 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 18 de agosto de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa Marta, 10 de agosto 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.	**1004462815**	**LAURA MARGARITA VILLALBA MARTINEZ**	**HIJA**
C.C.	**1004344995**	**ANDRES FELIPE VILLALBA MARTINEZ**	**HIJO(Discapacitado)**

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: JOSÈ F. VILLALBA MIRANDA
C.C. 12540080 de Santa Marta (Magd.)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.004.462.815**

VILLALBA MARTINEZ

APELLIDOS

LAURA MARGARITA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-2003**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-FEB-2021 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-ENE-2013 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00422946-F-1004462815-20130129 **0032**194647A 1 4442190365

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.344.995**

VILLALBA MARTINEZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1999**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

08-MAR-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00993635-M-1004344995-20180409 **00607**15108A 1 50312685

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CorporaciónIPS
Costa Atlántica

CERTIFICACION MEDICA

La suscrita Coordinadora Médica de la Corporación IPS Costa Atlántica,

CERTIFICA QUE

El Paciente **ANDRES FELIPE VILLALBA MARTINEZ**, identificado con TI No. 1004344995 de 17 años de edad, con **SINDROME DE CROMOSOMA X FRAGIL quien presenta dificultades en la integración con sus padres, conductas heteroagresivas y compulsivas, dificultad para conciliación del sueño.**

Paciente afiliado al SGSSS a través de Cafesalud EPS, con Centro de Atención de I Nivel IPS Prado Santa Marta de la Corporación IPS Costa Atlántica.

Se extiende la presente Certificación a petición del padre del paciente, a los veintinueve dias (29) del mes de Julio de 2016.

Atentamente,

CORPORACION COSTA ATLANTICA IPS PRADO

ASTRID RIVERO PORTILLO
COORDINADORA MEDICA
IPS PRADO SANTA MARTA
CORPORACION IPS COSTA ATLANTICA