SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**86047-277441**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JENNY PAOLA CUESTA HERNANDEZ
Correo electrónico contratista: jpcuesta4@misena.edu.co
C.C. 52.777.604 **IP/Nº de contacto** 3174257605

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 38427449

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: 1744686/2020 **Nº Compromiso SIIF** 49820

Valor Total del Contrato	$ 11.117.773	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.117.773	**1**	**Del**	**03/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 3.537.473,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.580.300		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.537.473		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	**$ 3.537.473**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.085.320**		**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	----------	**0**	Valor Base retención en la fuente	2.085.320,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.414.989	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.134.173,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 176.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 226.400	$ 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	$ 7.400	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	30.276,00	0,966%
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	$ 353.747		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 695.107		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.507.197,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

JENNY PAOLA CUESTA HERNANDEZ
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,

EMILIO DELGADO DIAZ
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52777604
NOMBRES Y APELLIDOS	Cuesta Hernandez,Jenny Paola
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/06/2007
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cuesta Hernandez,Jenny Paola, a los 18 días del mes de agosto del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

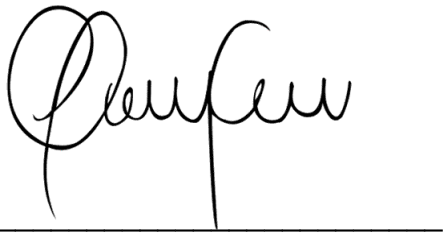
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENNY PAOLA CUESTA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.777.604**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Agosto del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 19 de agosto de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Bogotá

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.	**1188213918**	**ANDREW MONTENEGRO CUESTA**	**HIJO**
NIUP	**1141133340**	**SKARLETTE MONTENEGRO CUESTA**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

JENNY PAOLA CUESTA HERNÁNDEZ
_____
FIRMA

Nombre: Jenny Paola Cuesta Hernández

C.C. 52777604 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

50162540X

NUIP 1.188.213.918

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50162540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E K Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BOGOTA CLINICA UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTENEGRO	CUESTA

Nombre(s)

ANDREW

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes SEP Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10408393-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CUESTA HERNANDEZ JENNY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.777.604	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO HERRERA PEDRO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.861.366	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO HERRERA PEDRO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.861.366	Pedro Montenegro

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes SEP Día 14	MARIA VICTORIA GAONA ARIZA - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100238573

- ORIGINAL REGISTRO -

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, ART. 115 DCTO 1260/70 y ART. 1° DCTO 278/72. **PARA ACREDITAR PARENTESCO**. EXENTO DE SELLO (ART. 11 DCTO 2150/95). VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1° DCTO 2189/83
ASOLICITUD DE:_____ C.C._____
BOGOTA D.C. LOCALIDAD 13.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Fecha 26 JUL. 2017

EDWIN JAMES PAEZ MUÑOZ
REGISTRADOR – AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL TEUSAQUILLO (EF)

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
21153588-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

55616574

NUIP	1141133340

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55616574

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	67	☐	☐	☐	DTY

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTENEGRO**********	CUESTA**********

Nombre(s)
SKARLETTE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes SEP Día 04	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	53025426-9*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CUESTA HERNANDEZ JENNY PAOLA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52777604 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONTENEGRO HERRERA PEDRO ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79861366 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONTENEGRO HERRERA PEDRO ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79861366 DE BOGOTA**********	Pedro Montenegro

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes OCT Día 17	EDUARDO PACHECO JUVINAO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DE LA NOTARÍA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1250 de 1970)

Dado en Bogotá, D.C. a: 17 OCT. 2015

NOTARÍA 67 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
EDUARDO PACHECO JUVINAO
NOTARIO 67
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR CARVAJAL SOLUCIONES DE INFORMACIÓN S.A. NIT 830.125.478-9 PBX 4185000

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14544480270

(415)7707212489984(8020) 000001454448027 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 7 7 6 0 4	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	5 2 7 7 7 6 0 4	2 0 0 0 1 2 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUESTA	HERNANDEZ	JENNY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 71 BIS 90 B 25 BRR FLORIDA BLANCA SECTOR II

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
paolamontblack@gmail.com		8 1 2 3 1 7 5	3 1 7 4 2 5 7 6 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 1 5 0 2 0 5	8 5 4 2	2 0 1 5 0 2 0 5	8 5 4 4		

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3		
54. Código																						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 - 28

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: 17-07-2020 02:57:38PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



+ ECOGRAFÍAS ESPECIALIZADAS
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ ECOGRAFÍAS 3D Y 4D
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria S.A.S.
"Servicios médicos particulares con tarifas sociales"

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTA, 16 DE ENERO 2020		EMPRESA		A QUIEN INTERESE			
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	JENNY PAOLA CUESTA HERNANDEZ			IDENTIFICACIÓN	52.777.604
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
BOGOTA (CUNDINAMARCA)	29 – NOVIEMBRE -1982	37 AÑOS	F	O (+)	DOCENTE

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICIONES	X	EGRESO SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO NO SATISFACTORIO	
PATOLOGIAS ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	12 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN		DIETA BALANCEADA	
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dra. Marina Herrera
MD Laboral: RM 16555
Lic. SO 5149 B- 30/04/2010
FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

52777604
FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JENNY PAOLA CUESTA HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52777604 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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JENNY CUESTA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.777.604 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 038427449, abierta/o desde el 12/2/2009, con saldo a la fecha de: $ 6.751

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Julio del año 2020 con destino a: SENA



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101016791	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	08	2020	03	08	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CUESTA HERNANDEZ, JENNY PAOLA		CC: 52.777.604
DIRECCIÓN: CL 71 BIS NRO. 90 B - 25	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	8123175

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA - CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: AV CARACAS 13 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5460000
ADICIONAL:			

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.PCNTR.1744986 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓNTITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, ASISTENCIAY GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACIÓN, DEL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA,SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN O DE AUDITORIA EN EL SISTEMA INTEGRADODE GESTIÓN DE CALIDAD, PARA ORIENTAR, PARTICIPAR, FORMULAR, EJECUTAR, SEGUIR, CONTROLAR, PLANES, PROGRAMASY PROYECTOS DESARROLLANDO COMPETENCIAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PARA DAR RESPUESTA A LAPOLÍTICA INSTITUCIONAL ENTRE OTROS EL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y DEMANDA DE LA POBLACIÓNEN LAS JORNADAS DIURNA, NOCTURNA, MADRUGADA Y FINES DE SEMANA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/08/2020	30/04/2021	$1,111,777.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ ********1,111,777.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
CBE SEGUROS LTDA	184520	100.00			

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

15-46-101016791

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Pago de Pólizas Seguros de Vida del Estado S.A.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social:	Seguros del Estado
Nit:	8600095786
No Factura:	10000023322836
Canal:	2081447
Nro. Identificación:	52777604
Banco:	BANCO DE BOGOTA
Valor:	$32,130.00
Fecha:	03/08/2020
No transacción PSE:	701674678
Estado Transacción:	Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP:	190.252.41.89

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion



