SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCION INDUSTRIAL - CAUCA - SERVI

Código Regional	**19**
Código Centro	**922110**
Fecha Elaboración	**Julio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**31030-123800**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: PAULITA FLOR SALAZAR
Correo electrónico contratista: pflor@misena.edu.co
C.C. 1.061.773.123 **IP/Nº de contacto** 22180

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91200428094

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: SI

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: 1683677/2020 **Nº Compromiso SIIF** **203820**

Valor Total del Contrato	$ 16.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.100.000	**1**	**Del**	**13/07/2020**	**Al** **31/07/2020**	**$ 2.100.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.000.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.100.000		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	**$ 2.100.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.387.275**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**940725681**
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 II	$ 9.200	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 462.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.387.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.849.700,00	
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 - 300	3.699,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.096.301,00**	

SON: DOS MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir el objeto y alcance del contrato, de acuerdo con la programación asignada por Coordinación Académica en el marco de las políti
Rendir informes académicos que contengan novedades de los aprendices (llamados de atención por escrito, inasistencia reiterada, resul
Registrar los resultados de la emisión de juicios (criterios) de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendiza
Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual específico y que el Centro de formación demande
Total horas reportar julio = 112

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.

PAULITA FLOR SALAZAR
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,

NELSON PINO SALAZAR
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

EDUARDO ANTONIO BENAVIDES ROSERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PAULITA FLOR SALAZAR identificado(a) con CC 1061773123 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA NI 860512780

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9408294581	679190525	E	2020-07-10	EPS	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-07	30																	
9408294581	679190525	E	2020-07-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9408294581	679190525	E	2020-07-10	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9408294581	679190525	E	2020-07-10	CCF	CCF14	COMFACAUCA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9408294581	679190525	E	2020-07-10	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9407256810	651323769	E	2020-06-12	EPS	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-06	30																	
9407256810	651323769	E	2020-06-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	30																	
9407256810	651323769	E	2020-06-12	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	30																	
9407256810	651323769	E	2020-06-12	CCF	CCF14	COMFACAUCA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	30																	
9407256810	651323769	E	2020-06-12	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-05	30																	

Este certificado se expide el día 2020-07-31 a las 13:07.

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: 14698003071

(415)7707212489984(8020) 000001469800307 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 6 1 7 7 3 1 2 3	7	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

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 0 6 1 7 7 3 1 2 3	2 0 1 2 0 9 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FLOR	SALAZAR	PAULITA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Cajibío 1 3 0

41. Dirección principal: VDA EL COFRE

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
pflor@misena.edu.co		3 1 5 2 4 9 9 8 2 1	

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
6 2 0 2	2 0 1 9 0 1 0 1						2 1 4 3	

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

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 07 - 09 / 21 : 55: 16

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: FLOR SALAZAR PAULITA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROFESIONALES EN SALUD LABORAL S.A.S.

Exámenes Médicos Ocupacionales

Atención puntual y de calidad

Nit. 900983838-7

CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO LOS ANDES

CALLE 15 NORTE # 2-256 ESQUINA

SALA B CONSULTORIO 15(POPAYÁN CAUCA)

TELÉFONO 8 33 4000 EXTENSIÓN 2



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.300

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	07 MES	2020 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	ENA CENTRO DE TELE INFORMÁTICA Y PRODUCCIÓN INDUSTRI

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FLOR SALAZAR PAULITA	FEMENINO	25 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1061773123 (Número)

Cargo

INSTRUCTOR VIRTUAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA TRABAJAR	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : HIPERPROTEICA

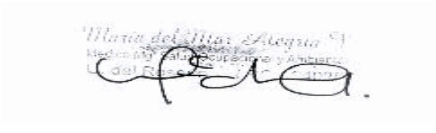
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 20201600000616 DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, EN DONDE SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA SUSPENSIÓN DE CONSULTA EXTERNA Y TENIENDO EN CUENTA EL DECRETO 538 POR EL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS EN EL SECTOR SALUD, PARA CONTENER Y MITIGAR LA PANDEMIA DE COVID-19 Y GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA Y LOS DECRETOS 844 - 878 EN LOS CUALES SE PRORROGA LA CUARENTENA EN COLOMBIA, SE REALIZA TELE ORIENTACIÓN AL PACIENTE PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL SE ANEXA A SU HISTORIA CLÍNICA.

CONCEPTO: SE INTERROGA DE MANERA EXHAUSTIVA A LA TRABAJADORA POR PATOLOGÍAS O SÍNTOMAS QUE PUEDAN INTERFERIR CON EL BUEN DESARROLLO DE SUS FUNCIONES DENTRO DE LA EMPRESA – NO REFIERE SÍNTOMAS O PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS QUE PUEDAN DISMINUIR SU CAPACIDAD LABORAL, ASÍ COMO ENFERMEDADES CRÓNICAS, CONDICIONES FÍSICAS EVALUADAS : IMC DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, BUEN ASPECTO GENERAL, SISTEMA OSTEOMUSCULAR: ÁNGULOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN MIEMBROS SUPERIORES NORMALES PHALEN NEGATIVO, HALLEN NEGATIVO SIN SIGNOS DE TENOSINOVITIS DE QUERVAIN O EPICONDILITIS , COLUMNA – FLEXIBILIDAD NORMAL NO DOLOR A LA FLEXIÓN , SNC: ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, NO MANIFIESTA SÍNTOMAS QUE SE PUEDAN ASOCIAR A CONTAGIO DE COVID 19, REFIERE NO HABER TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID 19, MANIFIESTA QUE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE ESTAN ASINTOMATICAS, POR LO ANTERIOR LA PACIENTE ES APTA PARA INGRESAR A SU CARGO COMO INSTRUCTOR VIRTUAL.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

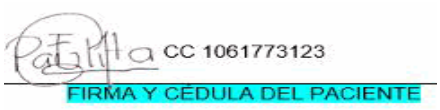
Nombre: ALEGRIA VELASCO MARIA DEL MAR

R. M.: 1903584 **L.S.O.:** 04030

Código de Seguridad

K490Q1W2300

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FLOR SALAZAR PAULITA

CC: 1061773123

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAULITA FLOR SALAZAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061773123 realizó el día 31/07/2020 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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 14/07/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 25283102
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 25283102	SANDRA MANUELA MUÑOZ GARCIA

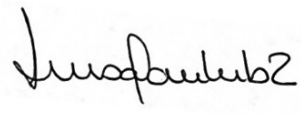
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	540	15/07/2020	C 1061773123	FLOR SALAZAR PAULITA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

FB0FBB282105BE1E2D8625EE7D76ED68

Certificado impreso el día 7/14/2020 7:14:14 AM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

PAULITA

FLOR SALAZAR

1061773123

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Domingo, 5 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAULITA FLOR SALAZAR identificado(a) con CC 1061773123, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91200428094	2019/03/22	ACTIVA

*** 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.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2020 — Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019 — Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351337425

PÓLIZA No: 435 - 47 - 994000040881 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: 435 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	13	07	2020
FECHA DE IMPRESIÓN	13	07	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **PAULITA FLOR SALAZAR** IDENTIFICACIÓN: CC **1061.773.123**

DIRECCIÓN: CALLE 4 NO. 2-80 CIUDAD: TELÉFONO: 8220122

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	13/07/2020	31/03/2021	1,610,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 19 – CO1.PCCNTR.1683677 DE 2020, SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA - CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCION INDUSTRIAL Y PAULITA FLOR SALAZAR CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON OBJETO: Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista en el área de COMPLEMENTARIA VIRTUAL-OFIMATICA, impartiendo Formación Profesional Integral en los programas REGULAR del centro de Teleinformática y Producción Industrial (Titulada, complementaria y/o virtual), según la necesidad del servicio, en el o los Municipios del Departamento del Cauca donde se le asigne por la entidad contratante.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,610,000.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
CONSULTORES Y ASESORES EN SEGUROS CU	4385	100.00			

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000435133742

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADB25790C0CFB7A5D

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE