SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	98905-986927

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO falbertoguarin@misena.edu.co	C.C.	79.660.003	IP/Nº de contacto	3103087222
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 ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	007470433421
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:	1315942/2020			Nº Compromiso SIIF	4220
Valor Total del Contrato	$ 28.426.125	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.426.125	1	Del 28/01/2020	Al 31/01/2020	$ 379.015,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.047.110		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 379.015		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	**$ 379.015**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 116.633**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**NA**
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	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.12 000	$ -	
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	$ 38.878	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	116.633,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	128.715,00	
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 - 8299	1.243,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$ 377.772,00**	

SON: TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Se realizó el alistamiento para la formación del año 2020

04 MAR 2020

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.

FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO
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 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,

JORGE ENRIQUE OFUENTES
INSTRUCTOR G20

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá, enero 30 de 2020

Señor (a)
JORGE ENRIQUE CIFUENTES BOLAÑOS
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR. 1315942**
Coordinador Contabilidad y Finanzas
Centro de Servicio Financieros
Bogotá

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual
Mes enero del año 2020

Referencia: No **CO1.PCCNTR.** 1315942 del año 2020

FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.660.003 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, Centro de Servicio Financieros Coordinación de Contabilidad y Finanzas, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el 28 al 30 de enero del 2020.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato asciende a la suma VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS COP ($28.426.125). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de enero de 2020 por valor de TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINCE PESOS COP ($ 379.015), b) Siete (07) pagos iguales por los meses de (Febrero) a (Agosto) de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS COP ($3.790.150) cada uno y c) un pago final por valor de UN MILLÓN QUINIENTOS DIECISEIS MIL SESENTA PESOS COP ($1.516.060)., incluido IVA.

Plazo: El plazo de ejecución del presente contrato será de Siete (07) meses y Quince (15) días, sin exceder de la presente vigencia presupuestal, y empezará a contarse a partir de cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución indicados en el contrato.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el centro de formación en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente en el área temática de GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - CONTABILIDAD.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
	1. Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos Institucionales, para el área temática del objeto contractual.	Alistamiento de la formación profesional integral	Listado de Asistencia y Prgramación de la Coordinación

www.sena.edu.co
SENAComunica

	2. Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional Integral, conforme a las necesidades nacionales y a los lineamientos institucionales requeridos para el área temática objeto del contrato.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	3. Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	4. Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	5. Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	6. Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso de formación del área temática objeto del contrato	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	7. Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa, adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	8. Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular, cuando ejecute formación complementaria	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	9. Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional Integral mediante las siguientes actividades: a). Verificando que la totalidad de los aprendices seleccionados y matriculados queden en ese estado. b). Registrando juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, los juicios evaluativos, rutas de aprendizaje, para los beneficiarios nuevos, reintegrados o trasladados. e). Comunicando al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	10. Participar cuando el centro lo requiera en el proceso de selección, diseño de talleres e instrumentos que alimenten los bancos de pruebas para la selección de aprendices.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	11. Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	12. Apoyar procesos de Registro calificado para los programas en nivel tecnólogo del	En este periodo no se ejecutó esta	En este periodo no se ejecutó

www.sena.edu.co
SENAComunica

	área temática objeto del presente contrato, cuando el centro lo requiera	obligación	esta obligación
	13. Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias que el centro programa.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	14. Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	15. Realizar seguimiento en la etapa productiva a los a los aprendices que le sean asignados, cuando el centro de formación lo requiera	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	16. Responder por los bienes y elementos puestos a su disposición para el cumplimiento del objeto del contrato y una vez finalizado, quedar a paz y salvo con el Almacén.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	17. Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia "ORIENTAR PROCESOS FORMATIVOS CON BASE EN LOS PLANES DE FORMACIÓN CONCERTADOS, o la actualización. "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO" o en su defecto deberá aplicar al proceso de certificación de la norma y aportar el respectivo certificado de aprobación, o la evidencia de la inscripción efectiva a mismo, al informe de ejecución contractual, con plazo máximo a julio 31 de 2020	Se realizó la certificación en la norma "ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TECNICO Y NORMATIVO y el soporte fue entregado en físico en el mes de octubre el certificado Tiene Fecha de expedición del 2 de agosto de 2017	Certificación que se puede ver en el siguiente enlace: certificadosenlinea.sena.edu.co cédula 79660003
	18. Acompañar a los aprendices a las actividades que se encuentren planeadas por el equipo de Bienestar al Aprendiz	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	19. Apoyar y acompañar los procesos de autoevaluación de programas de formación en nivel tecnólogo del Centro de Formación	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	20. Cumplir con la programación asignada de 160 horas de formación mensuales reportadas en el aplicativo.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación
	21. Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	En este periodo no se ejecutó esta obligación	En este periodo no se ejecutó esta obligación

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

De acuerdo con la particularidad de la dinámica en la formación complementaria, las horas promedio de formación se ejecutaran con periodos posteriores.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, copia de la afiliación al sistema de salud, pensión y ARL (Decreto Ley 2106 de 2019 – " Decreto *Ley Antitrámites"*)

Evidencias en (14) folios

Cordialmente,

Firma

FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO
Contratista
C.C. No. 79.660.003 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

Firma

JORGE ENRIQUE CIFUENTES BOLAÑOS
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR. 1315942 de 2020

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 24 02 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Regimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
[illegible]	Cetina C.	Fredy J.	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	79666662		X	[illegible]

III DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condicion	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				[illegible]	[illegible]

17. Ingreso base de cotizacion - IBC	18. Residencia			
[illegible]	Calle 153 # No 19-40	[illegible]	[illegible]	
guarinfredy@gmail.com	Bogota DC	Zona Urbana [X]	Rural [ ]	Antonio Nariño	Bogotá D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificacion del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
[illegible]	Segundo Apellido	[illegible]	[illegible]

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23 Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F I N M T L P	Condicion	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Telefono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institucion prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
CoL	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicacion: [illegible]

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1 Modificación datos basicos de identificación [ ]
2 Correccion datos basicos de identificación [ ]
3 Actualización documento de identidad [ ]
4 Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripcion en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13 Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14 Traslado: A. Mismo Regimen [ ] B Diferente Régimen [ ]
15 Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17 Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18 Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos basicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46 Declaracion de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47 Declaracion de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48 Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49 Declaracion de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53 Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto [X]

VIII. FIRMAS

[illegible]

IX. ANEXOS

56 Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58 Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61 Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
63 Copia de la autorizacion de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65 Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Numero de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
						24 FEB 2020

70. Datos del funcionario que realiza la validación			71. Firma del funcionario
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		
			Código 8330 Bilma Y. Mejia Q. SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Pago Movilo - Movil febrero Movilo [illegible]
Reporte retiro [illegible]

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

VIGILADO Supersubsidio

Scanned with CamScanner

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79660003,** estuvo afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	07/02/1995	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/07/2005	No Multivinculado

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

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 FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO, con Cédula Ciudadanía No. 79660003 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 28/01/2020, para el contrato registrado con fecha desde 27/01/2020 y fecha hasta 18/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101287077.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14343036550

(415)7707212489984(8020) 000001434303655 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 6 6 0 0 0 3	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUARIN	COTRINO	FREDY	ALBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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 5 SUR 19 40

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
albertoguarinc@gmail.com		3 8 6 1 3 8 1	3 1 0 3 0 8 7 2 2 2

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
8 5 2 3	1 9 9 6 0 1 2 7	8 5 4 3	1 9 9 7 0 2 0 4	7 0 2 0 6 9 2 0		2 4 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 0 6

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

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

984. Nombre: GUARIN COTRINO FREDY ALBERTO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FECHA Y HORA DE IMPRESIÓN 12-12-2019 12:34

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD OCUPACIONAL S.I.S. CONSULTORIAS LTDA.

NUESTRO OBJETIVO ES SU BIENESTAR INTEGRAL

CALLE 65 No.11 - 61 TEL: 2 49 08 54 BOGOTA

No CONSECUTIVO
7333

CERTIFICADO OCUPACIONAL



FECHA 12/12/2019 EMPRESA SENA

INGRESO [x] PERIÓDICO [ ] REINTEGRO [ ] CASO OCUPACIONAL [ ] EGRESO [ ]

ALTURAS | MANIPULACION DE ALIMENTOS |

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos: FREDY ALBERTO GUARIN Número de identificación 79660003 Edad: 45

Cargo: INSTRUCTOR ARL: Eps (Salud): COMPENSAR

Dirección Residencia: CLL 5 SUR 19 40 Localidad: ANTONIO NARINO Teléfono: 3103087222

FACTORES DE RIESGO

FÍSICOS	QUÍMICOS	BIOLÓGICOS	MECÁNICOS	ERGONÓMICOS	PSICOLÓGICOS
				De pie prolongado	

CONCEPTO MEDICO

CONCEPTO		PARA REALIZAR EL CARGO	RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES
Apto			
Apto con Condiciones (Que no intervienen en su trabajo)	[x]	instructor	ve omc
Apto con Condiciones (Que intervienen en su trabajo)	[ ]		
Apto con Condiciones (No apto para realizar la labor especifica)	[ ]		
Apto (respiratoria y dermatologicamente para manipular alimentos	[ ]		
Apto para laborar en Alturas (Sin restricciones)	[ ]		
Apto para laborar en Alturas (Con restricciones)	[ ]		
Paciente No Apto para laborar en alturas	[ ]		
Examen de Egreso No Satisfactorio	[ ]		
Examen de Egreso Satisfactorio	[ ]		
Examen Periodico Satisfactorio	[ ]		
Examen Periodico No Satisfactorio	[ ]		
Aplazado	[ ]		

Observaciones sobre lo no satisfactorio:

RESTRICCIONES

El (la) paciente no debe alzar cargas	[ ]	Paciente con epilepsia, no debe trabajar en alturas ni manejar máquinas rotatorias	[ ]	Parasitos, no manejar alimentos	[ ]
Uso de lentes permanentes y obligatorios	[ ]	Debe usar proteccion respiratoria,abstenerse de trabajos con vapores	[ ]	No debe Trabajar en alturas	[ ]
Tiempo de reposo auditivo obligatorio	[ ]	Alergicos,uso de protección respiratoria,precaución con polvos	[ ]	Paciente no debe estar en espacios confinados	[ ]
Auditivos,uso de proteccion auditiva	[ ]	Dérmicos,limitación en manejo de sustancias químicas	[ ]	Uso de doble proteccion auditiva	[ ]
Uso de audifonos	[ ]	Paciente con sobrepeso no recomendado para la labor	[ ]	No aplican restricciones	[ ]

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES OCUPACIONALES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	[x]	CAPACITACIÓN EN SU AREA DE TRABAJO	[x]	REALIZACIÓN DE DIETA Y EJERCICIO	[ ]
REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS EN SU LABOR	[x]	VALORACIÓN POR S.O. ANUAL	[x]	LENTES DE PROTECCION U.V.	[x]
REALIZACION DE CITO VAGINAL	[ ]	ESQUEMA DE VACUNACION ADULTOS	[x]	USO DE MEDIAS DE COMPRESION MEDIA	[ ]
CREMAS PROTECTORAS Y HUMECTANTES PARA LA PIEL	[x]	HIGIENE POSTURAL	[x]	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	[ ]
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA LAS MANOS	[ ]	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AUDITIVA	[ ]	CAMBIO POSICION DIADEMA CADA 30 MIN	[ ]

OBSERVACIONES: uso correccion optica,pausas activas

SE ENTREGA FORMATO DE REMISION A ESPECIALISTA

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta,igualmente autoriza a esta ips a enviar este certificado a la empresa que lo solicitó y hace constar que fue tratado ética y profesionalmente por todo el personal que lo atendió en la instancia médica.

DARWIN RODRIGUEZ C
MED ESP S.O
[illegible]2246

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	15-46-101013457	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	01	2020	28	01	2020	00:00	12	01	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
GUARIN COTRINO, FREDY ALBERTO		CC: 79.660.003	
DIRECCIÓN: K 2AN 29-11	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	4072472

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
SERVICIO DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS			
DIRECCIÓN: KR 13 # 65-10	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5461600
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.PCCNTR.1315942 DEL 28-01-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL ÁREA TEMÁTICA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - CONTABILIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2020	12/01/2021	$2,842,612.50

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	$ ********2,842,612.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	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.

15-46-101013457

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79660003 realizó el día 21/02/2020 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 FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79660003 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.

Bogotá D.C; 30 de enero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **sí** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **no** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019 soy una persona natural que **si** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019 soy una persona natural que **si** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47'978.000)
e. Por el año gravable 2019, **no** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, **no** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 30 días de enero de 2020

FREDY ALBERTO GUARÍN COTRINO
C.C. No. 79.660.003 Bogotá

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **24/02/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FREDY ALBERTO GUARIN COTRINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **79660003**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007470433421**
Fecha de apertura	**25/01/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO