SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CUNDINAMARCA**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 25 |
| Código Centro | 101025 |
| Fecha Elaboración | Agosto de 2020 |
| Versión | AGOSTO 2020 - 5,20 |
| ID de Proceso | 39767-204130 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA | **C.C.** | 1.110.517.730 | **IP/Nº de contacto** | 00000 |
| **Correo electrónico contratista:** | lacuellar03@misena.edu.co | | | | |

**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** 86946824587

**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:** N/A

**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:** 2510100193/2020 | **Nº Compromiso SIIF** 55020

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 15.132.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 15.132.000 | **1** | **Del** 19/08/2020 | **Al** 31/08/2020 | **$ 1.681.333,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.450.667 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.681.333 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 1.681.333** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.073.275** | | **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** | ---------- | **132064923** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ - | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 357.758 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.073.275,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.431.033,00 | |
| 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 | 13.824,00 | 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** | **$ 1.667.509,00** | |

**SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Sensibilización al programa SER - etapa fortalecimiento empresarial a las unidades productivas asignadas
2. Planeación mensual por horas de las asesorías a cada unidad productiva
3. Elaboración formato programación de asesorías para las unidades productivas planeadas
4. Revisión estructura seguimiento integrada y diagnostico 1 de cada unidad productiva
5. Aplicación formato inscripción al servicio de asesoría a las unidades productivas planeadas
6. Aplicación diagnostico 2 a las unidades productivas planeadas
7. Generación del plan de acción para las unidades productivas planeadas
8. Recolección de fotografías del emprendedor, unidad productiva y producto de las unidades productivas planeadas
9. Asistencia a reuniones programadas por la regional CUNDINAMARCA referentes al programa SER

**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.

ANGÉLICA CUÉLLAR.

**LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA**
**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,

**EDUARDO AMAYA SALCEDO**
**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**

**LEONORA BARRAGAN BEDOYA**
**DIRECTORA REGIONAL (E)**

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800 251 440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

132064923

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación X B. Reporte de Novedades | A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio | A. Contributivo X B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

**6. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CUELLAR | BUITICA | JUA | ANGELICA |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC X PA SC | 1110 517 730 | Femenino X Masculino | 12 11 1991 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos Personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| | | 877803 |

**18. Residencia**

| Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| MZ D CS 20 BARRIO CORDOBA | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3144046169 | lacuellar03@gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| IBAGUÉ | Urbana X Rural | 4 | Tolima |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

**Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante**

**19. Apellidos y nombres**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

**Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

**24. Apellidos y nombres**

| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

**Datos Complementarios**

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| C | |
| B | |
| B | |
| B | |

**- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -**

Escaneado con CamScanner

## 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 documento de identificación NIT TI CE CC PA CD | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

39. Ubicación

| Dirección | | | Teléfono Fijo |
|---|---|---|---|
| Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción 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 Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de 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 básicos de Identificación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| Angélica Cuéllar. | |

## IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad — 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 pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, 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 autorización 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 | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACION POR LA EPS
18 AGO 2020

**Observaciones:**

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.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Se | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | RECIBIDO POR: | |

**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:**

**LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.517.730**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Agosto del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.110.517.730, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 19/08/2020 y fecha fin de contrato 16/12/2020 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): 202001018234709.

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de Agosto de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14695909734

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 1 0 5 1 7 7 3 0 | 6. DV: 9 | 12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Ibagué | 9 | 14. Buzón electrónico

## 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 1 1 0 5 1 7 7 3 0 | 2 0 0 9 / 1 2 / 0 3 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CUELLAR | BURITICA | LUZ | ANGELICA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ D CA 20 BRR CORDOBA

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| lacuellar03@gmail.com | | 3 1 4 4 0 4 6 1 6 9 | |

## 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 |
| 8 5 5 1 | 2 0 1 6 / 0 4 / 0 1 | 8 5 2 3 | 2 0 1 8 / 0 7 / 0 4 | | 7 0 1 0 | | 1 2 2 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 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2020 - 06 - 22 / 16 : 26: 49

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 1.6.1.2.2. del Decreto 1625 de 2016

Firma del suscriptor:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

964. Nombre: CUELLAR BURITICA LUZ ANGELICA

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# BIO SALUD LABORAL S.A.S.

*"Aqui empieza su salud y seguridad laboral"*

Calle 37 No. 4F – 20 B/Magisterio / Tel: 2700082 – 3153019782 / E-mail: biosaludlaboral@hotmail.com

NIT: 900705987-5

## CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA INGRESO

CIUDAD: IBAGUE FECHA: DIA 14 MES 8 AÑO 2020

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA: SENA

CARGO AL QUE ASPIRA O DESEMPEÑA: GESTOR RURAL

TIEMPO DE SERVICIO: TIEMPO EN LA EMPRESA:

APELLIDOS: CUELLAR BURITICA NOMBRES: LUZ ANGELICA

IDENTIFICACION: 1.110.517.730 EDAD: 28 SEXO: M ____ F XX

**1. CONCEPTO DE APTITUD**

APTO SIN PATOLOGIAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO

PESO: 69 TALLA: 1.58 IM 27,5 CONDICION: NORMAL

Glicemia: 78 mg/dl Hemoclasificación: O Rh Positivo XX Negativo ____

Colesterol total: 161 Colesterol LDL:: 55 Colesterol VLDL: 31 IA: 2,93

Triglicéridos: 156 Coprologico: ____

Cuadro Hematico: NORMAL Frotis Faringeo: ____

Parcial de Orina: ____ KOH de Uñas: ____

Examen Osteomuscular: DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES Test cardiovascular: NORMAL

Audiometría: ____

Espirometría: ____

Optometria: ____

Examen Psicologico: CANDIDATO APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

INDUCCION AL CARGO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y VISUAL, EJERCICIOS PROGRAMADOS, CONTROL A EXPOSICION DE RIESGOS, RUIDOS, QUIMICOS, VIBRACIONES Y HUMO DE TABACO, MANTENER UN BIENESTAR DE SALUD FISICA Y MENTAL, DIETA SALUDABLE, UTILIZACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION ACORDE A LABOR, **CONTINUR CONTROL PRENATAL EN LA EPS.** ***NOTA*** *:SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION SOBRE SINTOMAS DE COVID19, REALIZACION DE VIAJES EN LOS ULTIMOS DIAS Y CONTACTO CON PACIENTES SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS. EL PACIENTE NO PRESENTA FIEBRE NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL COVID19*

BIO SALUD LABORAL S.A.
Aquí empieza su salud y seguridad laboral
Dr. Alirio Clavijo Guarnizo
Especialista Salud Ocupacional
RM. 06411 Lic S.O

Angelica Cuellar

FIRMA DEL TRABAJADOR

CC No. 1.110.517.730

FRIMA Y REGISTRO MEDICO 06411

LIC. S.O 675 SST

## Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110517730 realizó el día 25/08/2020 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 LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110517730 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.

Angelica Cuellar

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

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

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ ANGELICA CUELLAR BURITICA identificado(a) con CC 1110517730, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 86946824587 | 2015/08/19 | 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.

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

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 |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | 25 | 25-44-101144956 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 08 | 2020 | 19 | 08 | 2020 | 00:00 | 30 | 04 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL | CUELLAR BURITICA, LUZ ANGELICA | IDENTIFICACIÓN | CC: 1110.617.730 |
| DIRECCIÓN: MZ D CASA 20 BARRIO CORDOBA | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO: | 3175208224 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDISAJE SENA CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT CUNDINAMARCA | IDENTIFICACIÓN NIT: | 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: CALLE 8 N 21 13 | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO | 0 |
| ADICIONAL: | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ACUDEN, 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CNC-25-1856-0193-2020 , CUYO OBJETO ES: Prestar los servicios profesionales en el apoyo y asesorias necesarias a los integrantes de las unidades productivas creadas del programa SENA Emprende Rural - SER, en sus procesos de fortalecimiento para la formalizacion, crecimiento y sostabilidad empresarial de acuerdo a los lineamientos fijados por la entidad

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 19/08/2020 | 30/04/2021 | $1,513,200.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******17,901.00 | $ ******7,000.00 | $ ******4,731.00 | $ **********29,632.00 | $ *******1,513,200.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | DISTRIBUCION COASEGURO HOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. | 145803 | 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 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE*

25-44-101144956

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**
**NO. 2548-101447156 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

**EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:**

**1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.**

**1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.**

**1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.**

**1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

**EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.**

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

**11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.**

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

**13. COASEGURO**

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

### DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD SUC | NO PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | 25 | 25-44-101144958 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 08 | 2020 | 19 | 08 | 2020 | 00:00 | 30 | 04 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| CUELLAR BURITICA, LUZ ANGELICA | | CC: 1110.517.730 | |
| DIRECCIÓN: MZ D CASA 20 BARRIO CORDOBA | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO: | 3175209224 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1 | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT CUNDINAMARCA | | | |
| DIRECCIÓN: CALLE 8 N 21 13 | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO | 0 |
| ADICIONAL: | | | |

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

**PAGINA WEB**

pse · VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

Baloto 999999/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movi Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gas Gas · CA · Colsubsidio

**Pagos con convenio *No aplica para transferencias**

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******17,901.00 | $ ******7,000.00 | $ ******4,731.00 | $ **********29,632.00 | $ ********1,513,200.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. | 143805 | 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 00 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

PAGADO

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | 29.632 |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | 29.632 |

(415)7709998021167(8020)110954086661481(3901)0000029632(96)20210819

REFERENCIA PAGO: 1100560846914-8

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE