SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**20564-894771**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	**C.C.**	27.887.116	**IP/Nº de contacto**	16017
Correo electrónico contratista:	orci@misena.edu.co				

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

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 18807225932

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: 1961212/2020 **Nº Compromiso SIIF** **66920**

Valor Total del Contrato	$ 5.558.886	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.558.886	**1**	**Del**	**03/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.537.473,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.021.413		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.537.473		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.537.473**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.880.504**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**45916721**	Valor Base retención en la fuente	1.880.504,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.414.989	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.134.173,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 176.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 226.400	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.400	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	30.276,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ 680.274		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 353.747		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 206.779				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 473.343		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.507.197,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27887116	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	CRA 69D No. 1- 70 SUR TORRE 3 APTO 602	6955168	orci1939@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	03/11/2020	45916721	$470.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	242.600	0	0	0	0	0	0		242.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.400	0	0	30.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	189.600	189.600
Pensión	1	242.600	242.600
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	1	30.400	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.600	470.600

PAGADA
45916721

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	27887116	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ		CRA 69D No. 1- 70 SUR TORRE 3 APTO 602	6955168	orci1939@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	03/11/2020	45916721	$470.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	27887116	ORTIZ RODRIGUEZ CLARA INES	59	0			N																	25-14	1.516.060	242.600	0	0	0	0	EPS008	1.516.060	189.600	14-23	1.516.060	1	8.000	CCF24	1.516.060	30.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania No. 27887116, canceló la suma de TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($3.218.300,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2019

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parentesco	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	27887116	TR	$ 1,021,623	$ 51,081	$ 1,072,704
RAFAEL FANDINO BENAVIDES	79356245	CY	$ 1,021,713	$ 51,085	$ 1,072,798
SARA SOFIA FANDINO ORTIZ	1014870526	HI	$ 1,021,713	$ 51,085	$ 1,072,798
Total			**$ 3,065,049**	**$ 153,251**	**$ 3,218,300**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 19 días del mes de agosto de 2020.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12495655

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO
NIT 899.999.2844

CERTIFICADO DE INTERESES

CERTIFICADO SOBRE CRÉDITO HIPOTECARIO Y/O LEASING

AÑO GRAVABLE 2019

CREDITO PARA VIVIENDA

Nombre del Titular:	RAFAEL FANDIÑO BENAVIDES
Número de Documento:	79356245
Nombre del Titular 2:	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
Número de Documento:	27887116
Número de Crédito:	7935624504
Fecha de desembolso :	04/06/2013
Valor desembolsado Año Gravable:	$174.817.300
Saldo a : 31/12/2019 (270,7132)	$202.266.562
Saldo a : 31/12/2018 (260,6658)	$201.608.264
Pagos del Periodo (Capital e Intereses):	$28.009.866
Valor deducible por Intereses y UVR pagados:	28.009.866
Fecha de Generación :	31/12/2019

PARA PRESTAMOS DE ADQUISICIÓN DE VIVIENDA, LA DEDUCCIÓN ESTARÁ LIMITADA A 1,200 UVT EQUIVALENTES A 41.124.000 PARA EL AÑO GRAVABLE 2019 SEGÚN ART. 51 DE LA LEY 1111 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2006, QUE ADICIONA EL ART. 868-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

NO REQUIERE FIRMA (ART. 10 D.R. 836/91)

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania No. 27887116, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan
CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	27887116	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS
RAFAEL FANDIÑO BENAVIDES	79356245	CY	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS
SARA SOFIA FANDIÑO ORTIZ	1014870526	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 29 días del mes de octubre de 2020.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 12578357

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **27887116,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de octubre 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos Servicio y Control Automatizado

001

2 Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14682037901

(415)7707212489984(8020) 000001468203790 1

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 7 8 8 7 1 1 6 – 0

6 DV

12 Dirección seccional Impuestos de Bogotá: 3 2

14 Buzón electrónico

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

28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander	5 4	Villa Caro	8 7 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	RODRIGUEZ	CLARA	INES

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: CR 69 D 1 70 SUR TO 3 AP 602

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
orci39@yahoo.com	0	3 0 5 7 1 2 8 3 3 4	3 1 3 8 2 9 7 8 8 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 4 1	2 0 0 1 0 7 2 1	8 5 2 3	2 0 1 4 0 8 2 0	8 5 4 2 6 9 2 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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: 2 0 2 0 0 2 0 4

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: FUERTES RODRIGUEZ YULY CAROLINA

985 Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 04-02-2020 02:17:39PM

Cendiatra

centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres : CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
Tipo de Documento : CC **Documento** : 27887116
Sexo : F **Fecha Nacimiento :** 1965-04-30 **Edad :** 53 Años
Entidad : SENA
Centro Costo : N/A
Cargo : CONTRATISTA
Fecha de Atención : 2019-01-31 09:10:00
Fecha y hora entrega de Resultados : 2019-01-31 09:34:51
Sede : SEDE CENTRO

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:
APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones o Limitaciones:

NO

Recomendaciones

1. VALORACION OPTOMETRICA CONTROL ANUAL
2. VALORACION EPS CONTROL EPS

Se sugiere control en programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL
CARDIOVASCULAR

Examenes Realizados

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CS.
Hago constar que recibí copia de este documento.
ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): IVONNE DAJER GOMEZ RM: 81242

Ivonne Dajer Gomez
RM 81242
Medico SO

Firma y sello del médico evaluador

CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
27887116
Firma del trabajador evaluado

Hace constar:

Que el Sr(a) CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27887116 realizó el día 18/11/2020 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 CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27887116 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.

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

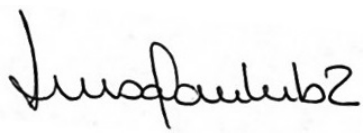
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 27.887.116, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 13/08/2020 y fecha fin de contrato 30/10/2020 con riesgo 1.

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): 202001020312691.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Octubre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 28 de Octubre de 2020

Señores
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA (SENA)

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 27887116, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	18807225932	2001/07/24	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 Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
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
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101017723	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	11	2020	03	11	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
ORTIZ RODRIGUEZ, CLARA INES		CC: 27.887.116
DIRECCIÓN: CR 69 D NRO. 1 - 70 SUR TRR 3	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 6955168

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
SENA - CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: AV CARACAS NO 13 -88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 5460000

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1961212 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, ASISTENCIA Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACIÓN, DEL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN O DE AUDITORIA EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD, PARA ORIENTAR, PARTICIPAR, FORMULAR, EJECUTAR, SEGUIR, CONTROLAR, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DESARROLLANDO COMPETENCIAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PARA DAR RESPUESTA A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL ENTRE OTROS EL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y DEMANDA DE LA POBLACIÓN EN LAS JORNADAS DIURNA, NOCTURNA, MADRUGADA Y FINES DE SEMANA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/11/2020	30/04/2021	$555,888.60

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	$ **********555.888.60	CONTADO

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

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

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

15-46-101017723

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	15-46-101017723	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	11	2020	03	11	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ORTIZ RODRIGUEZ, CLARA INES	CC: 27.887.116

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 69 D NRO. 1 - 70 SUR TRR 3	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	6955168

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN
SENA - CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
AV CARACAS NO 13 -88	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	5460000

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

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

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 9999999/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movii Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Su Red · Coopidrogas

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
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ **********555,888.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
CBE SEGUROS LTDA	134520	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.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)110026100675 71(3900)000000032130(96)20211103

REFERENCIA PAGO: 1100261006757-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670025146 92

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000025146927

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
03/11/2020 05:30p.m.

RECIBIMOS DE: CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ — CC. 27.887.116

LA SUMA DE: Treinta y dos mil ciento treinta pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000025146927

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NORTE-46-101017723-0-1	$27,000.00		$5,130.00	$32,130.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 32,130.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 32,130.00
OTROS: $32,130.00

TRANSACCION: 0002514692

TOTAL: $32,130.00

CAJERO: PAGUESTADO

11/3/2020 5:32:23PM

172.16.10.23

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de octubre de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Bogotá

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	NUMERO	NOMBRE	HIJO
TARJETA I.	1014870526	SARA SOFIA FANDIÑO ORTIZ	X

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,

_____
FIRMA

CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ

C.C 27.887.116 de Villacaro

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014870526

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43561640

43561640

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 3 H

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FANDIÑO	ORTIZ

Nombre(s)
SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 02	FEMENINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51932526 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ORTIZ RODRIGUEZ CLARA INES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.27887116	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
FANDIÑO BENAVIDES RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.79.356.245	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
FANDIÑO BENAVIDES RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.79.356.245	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2009 Mes JUL Día 04	JULIO S. GARCIA MONTES Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 52 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia (fotocópia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de Rafael Fandiño
Bogotá D.C. 07 JUL 2009

NOTARIA 52 DE BOGOTA D.C. MARCO AURELIO ESPITIA P. NOTARIO ENCARGADO

Luz Stella Mendez Revisado

IMPRESO POR BARRANQUILLO S.A. NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -