

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |  |                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES</b><br><b>REGIONAL CÓRDOBA</b><br><b>DESPACHO DIRECCION</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>23</b>                 |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |  | <b>Código Centro</b>     | <b>101023</b>             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Diciembre de 2020</b>  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                 |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>49277-174641</b>       |

|                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b> ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ                                                                               |                                                       | <b>C.C.</b> 50.938.020                                                                           | <b>IP/N° de contacto</b> 54419 |  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b> amdmartinez@sena.edu.co                                                                                   |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE                                                                                                           | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> NO | <b>Es declarante de renta?</b> NO                                                                | <b>Es Pensionado?</b> NO       |  |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b> NO                                                                                         | <b>Inducción SST</b> SI                               | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> NO                                                    |                                |  |
| <b>Banco al cual consignar:</b> DAVIVIENDA                                                                                                       | <b>Tipo de cta</b> AHORROS                            | <b>N° Cuenta</b> 156070272729                                                                    |                                |  |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> NO                   |                                                       | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> NO |                                |  |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b> N/A                                                              |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b> N/A        |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>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:</b> N/A |                                                       |                                                                                                  |                                |  |

|                                                    |                                |                               |                      |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                |                               |                      |                                         |
| <b>N° del contrato:</b> 1348316/2020               | <b>N° Compromiso SIIF</b> 7720 |                               |                      |                                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b> \$ 35.402.400      | <b>N° Pago</b> 11              | <b>Periodo objeto de pago</b> |                      | <b>Valor Bruto Pago</b> \$ 3.278.000,00 |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b> \$ 3.278.000    |                                | <b>Del</b> 01/12/2020         | <b>Al</b> 31/12/2020 |                                         |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b> \$ 0               |                                | <b>Comisiones</b> \$ 0,00     |                      |                                         |

|                                                             |                                                  |  |              |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|--------------|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                                  |  |              |  |
| <b>Ingresos por honorarios</b> \$ 3.278.000                 | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b> |  | <b>0,00%</b> |  |
| <b>Ingresos por comisiones</b> \$ 0                         | <b>Retención en la Fuente del Periodo</b>        |  | <b>\$ 0</b>  |  |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0      |                                                  |  |              |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 3.278.000              | <b>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</b>         |  | <b>\$ 0</b>  |  |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b> \$ 2.178.225        | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>            |  | <b>\$ 0</b>  |  |

|                                                                              |                     |                     |                                                           |               |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                     |                     |                                                           |               |
|                                                                              | <b>Diciembre</b>    | <b>Noviembre</b>    |                                                           |               |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>4367296710</b>   |                     | <b>Valor Base retención en la fuente</b> 2.178.225,00     | <b>TARIFA</b> |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b> \$ 1.311.200                         | <b>\$ 1.311.200</b> | <b>\$ 1.311.200</b> | <b>Valor Base retención en la fuente ICA</b> 2.904.300,00 |               |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b> \$ 163.900                | <b>\$ 163.900</b>   | <b>\$ 163.900</b>   | <b>Valor base IVA</b> 0,00                                |               |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b> \$ 209.800              | <b>\$ 209.800</b>   | <b>\$ 209.800</b>   | <b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b> 0,00                       | <b>19%</b>    |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b> \$ -              | <b>\$ -</b>         | <b>\$ 0</b>         | <b>Menos Retención en la Fuente</b> 0,00                  | <b>0,00%</b>  |
| <b>ARL</b> \$ 6.900                                                          | <b>\$ 6.900</b>     | <b>\$ -</b>         | <b>Menos Retención IVA</b> 0,00                           | <b>15%</b>    |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b> \$ -            | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Reteica - 8299</b> 5.809,00                            | <b>0,200%</b> |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b> \$ -                                | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000</b> \$ -  | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700</b> \$ -                      | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -    | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -      | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -     | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.139.424</b> \$ -                                  | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Descuentos de Libranza</b> 0,00                        |               |
| <b>Salud hasta \$ 569.712</b> \$ -                                           | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         | <b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b> 0,00              |               |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.545.680</b> \$ 726.075                              | <b>\$ 726.075</b>   | <b>\$ -</b>         | <b>VALOR A PAGAR</b> \$ 3.272.191,00                      |               |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b> \$ -                               | <b>\$ -</b>         | <b>\$ -</b>         |                                                           |               |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 20 restablecimientos de contraseñas.orientación vía telefónica Orientados: 242 buscadores de empleo.<br>inscripción de una 1 empresa nueva E.S.E CAMU COTORRA<br>Publicación de 83 vacantes , 81 colocados dejando 41 egresados sena y 40 no egresados<br>inscripción 41 nuevos usuarios a la A.P.E.<br>Seguimiento a solicitudes de vacantes mediante mensajes de WhatsApp a empresas CUMIT, ONCOMEDICA, COOTRASEC<br>Orientación a buscadores de empleo y empresarios nuevos como Rafael Marquez<br>participación en los talleres semana de la salud, Rendición de cuentas regional córdoba<br>participación Taller virtual "Herramientas para prevenir la xenofobia desde el sector público taller levantamiento diagnóstico y adaptación de puesto de trabajo para personas con discapacidad. |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. |  | <b>ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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. | <b>Autorizo el presente pago.</b><br><b>El Supervisor,</b><br><br><b>CARLOS MANUEL SOTO ORTIZ</b><br><b>TECNICO G02</b> |

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**

**VICTOR MANUEL ARIZA PALMA**  
**DIRECTOR REGIONAL C G05**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                             |                            |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA        | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | 50938020                                          | NÚMERO PLANILLA:               | 4367296710 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                             | ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | noviembre AÑO             | 2020             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MONTERIA                    | DEPARTAMENTO:              | CORDOBA                                           | DÍAS DE MORA:                  | 0          | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 8 F 11 A 90 BUENA VISTA | TELÉFONO:                  | 7910000                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/12/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9993006196       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE            | CLASE APORTANTE:           | I-INDEPENDIENTE                                   |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                     | ACTIVIDAD ECONOMICA:       | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | UNICO                       |                            |                                                   |                                |            |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                             |                            | NO                                                |                                |            |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201                  | 230201- PROTECCION | 1              | \$ 209.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 209.800 | \$ 0 | \$ 209.800   |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 209.800 | \$ 0 | \$ 209.800   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                    |                |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      |            |      |           |              |
|-----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|------|------------|------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                    | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |      | MORA       |      | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE             |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002                | EPS002-SALUD TOTAL | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 163.900  | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 163.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 163.900   |
| SUBTOTALES:           |                    |                |                            |       |                     |       |               |       | \$ 163.900  |      |            |      | \$ 163.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 163.900   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |          |      |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 6.900    | \$ 6.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 6.900     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 6.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 6.900     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                   |          |              |              |                  |             |           |          |                           |              |                    |          |              |            |        |              |                                         |       |              |             |                   |              |      |      |      |        |          |      |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|----------|--------------|--------------|------------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|--------------------|----------|--------------|------------|--------|--------------|-----------------------------------------|-------|--------------|-------------|-------------------|--------------|------|------|------|--------|----------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                   |          |              | PARAFISCALES |                  |             |           |          |                           |              |                    |          |              |            |        |              |                                         |       |              |             |                   |              |      |      |      |        |          |      |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                    | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN           |          |              |              | SEGURIDAD SOCIAL |             |           |          | SALUD                     |              |                    |          | ARP          |            |        |              | IBC                                     | CCF   |              |             |                   |              | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |          |      |
|                               |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN             | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN   | SUBSISTENCIA     | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN              | DÍAS COT | IBC          | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |                                         | ADMIN | DÍAS COT     | IBC         | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |      |      |      |        | DÍAS COT | IBC  |
| 1                             | CC 50938020    | DIAZ MARTINEZ ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS |                   | \$ 1.311.200   |                 |            | NO         |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230201-PROTECCION | 30       | \$ 1.311.200 | \$ 209.800   | \$ 0             | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 209.800   | EPS002-SALUD TOTAL | 30       | \$ 1.311.200 | \$ 163.900 | \$ 0   | \$ 163.900   | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30    | \$ 1.311.200 | \$ 50938020 | \$ 6.900          | \$ 0         |      | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0     | \$ 0 |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 380.600</b> |
|--------------|-------------------|

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.  
NIT. 830.131.993-1  
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 2964586298 DV: 457952

Cajero: NAERPENE

Cliente beneficiario:  
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 06/12/2020 10:20:42

PS Recaudador:  
905827 EXPRESS EFECTY VIA PRINCIPAL  
BRR BUENAVISTA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 50938020

Nombre: ANGELA  
Apellido 1: DIAZ  
Apellido 2: MARTINEZ  
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
TELEFONO: 3042466339  
Codigo Planilla: 4367296710  
Periodo Pago: 2020/11  
Valor Comision: 0  
Valor Iva Comision: 0  
Referencia Valor  
50938020 \$380.600,00

Valor recibido: \$380.600,00  
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi  
parte, de la prestacion de este  
servicio, entiendase que manifiesto  
verbalmente mi autorizacion para el  
tratamiento de los datos personales que  
voluntariamente he entregado a Efectivo  
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados  
unica y exclusivamente para la  
prestacion del servicio convenido.  
Linea de servicio al cliente: (1)

6510101  
servicioalcliente@efecty.com.co  
www.efecty.com.co

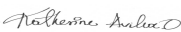
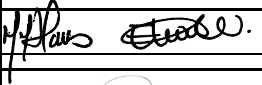
|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01     |
|                                                                                   |                                                                                                                                          | Fecha: 15.10.2020 |
|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) DIAZ MARTINEZ ANGELA MARIA identificado(a) con CC. 50938020 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 18 de diciembre de 2020 a las 11:12:13

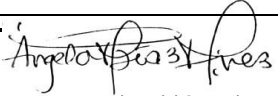
El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

|                                                                                   |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|
|   |                                     | <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</b><br><b>ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN</b><br><b>CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA</b> |                          | LUGAR: Montería<br>FECHA: 30/12/2020<br>REGIONAL: Córdoba |                          |
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ                         |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           | IDENTIFICACIÓN           |
|                                                                                   |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           | C.C. No 50938020         |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Dirección Regional SENA Córdoba |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           |                          |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1348316 FECHA: 06/02/2020                  |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           |                          |
| CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO                                                |                                     |                                                                                                                                              |                          |                                                           |                          |
| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | CESIÓN                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO                  | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                   |                                     |                                                                                                                                              |                          | TERMINACIÓN UNILATERAL                                    | <input type="checkbox"/> |

| DEPENDENCIA SENA                                                                                      | Marcar con x             | RESPONSABLES                                                    |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                          | NOMBRES                                                         | FIRMA                                                                                 |
| GESTIÓN DE TIC                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Victor Ariza Palma                                              |    |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS                                                                          | <input type="checkbox"/> | Naviris vega Algarin VB Katherine Avila Orozco                  |    |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | <input type="checkbox"/> | N/A                                                             |                                                                                       |
| ALMACÉN E INVENTARIOS                                                                                 | <input type="checkbox"/> | José Samir Obagui Cardona                                       |  |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)                         | <input type="checkbox"/> | Jose Vasquez Cogollo                                            |  |
| CONTABILIDAD                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Rosiris Mendoza Mercado                                         |  |
| TESORERIA                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Rosiris Mendoza Mercado<br>Carmen Ana Wilches Uparela           |  |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA                                                                | <input type="checkbox"/> | N/A                                                             |                                                                                       |
| BIBLIOTECA                                                                                            | <input type="checkbox"/> | N/A                                                             |                                                                                       |
| CONTRATACIÓN                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Meyling Martínez Llanos<br>Vo. Bo. Elianys sofía Velásquez Vega |   |
| SUPERVISOR DE CONTRATO                                                                                | <input type="checkbox"/> | Carlos Manuel Soto Ortiz                                        |  |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

  
Firma del Contratista



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



## Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938020 realizó el día 10/12/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



## Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938020 realizó el día 10/12/2020 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**



## Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA MARIA DIAZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938020 realizó el día 10/12/2020 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA – Lineamientos SENA para el “aislamiento selectivo inteligente”.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas