SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**18 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**57395-464038**
No. de documento	**13602**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA VITALIA FIGUEROA MELO	**C.C.**	51.933.838	**IP/Nº de contacto**	3143233558
Correo electrónico contratista:	avfigueroa8@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		4292001935	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2204761/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**3421**	
Valor Total del Contrato	$ 39.260.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.260.000	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.360.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7776347735**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 390.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	33.379,00	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	**$ 3.866.621,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias establecida
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases Competencias
Orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo.
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de proceso de formación a través de ambientes virtuale
Cumplir la ejecución de la formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA

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.

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
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,

MAGALY LEÓN LLANOS
INSTRUCTOR G14

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

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANA VITALIA FIGUEROA MELO identificado(a) con cedula ciudadania 51.933.838, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Febrero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15410779

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA VITALIA FIGUEROA MELO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51933838,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** 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 16 de febrero de 2021.



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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

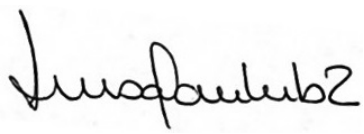
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANA VITALIA FIGUEROA MELO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.933.838, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 02/12/2021 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): 202101012369278.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14681505676

(415)7707212489984(8020) 000001468150567 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 3 3 8 3 8	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	51933838	1 9 8 7 0 4 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FIGUEROA	MELO	ANA	VITALIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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 51 123 A 53 AP 303 ED SANTA HELENA BRR BATAN

42. Correo electrónico: anafigueroamelo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 0 0 9 5 7 9	3 1 4 3 2 3 3 5 5 8

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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 - 01 - 31

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 FIGUEROA MELO ANA VITALIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-01-2021 03:44:22PM

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres : ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Tipo de Documento : CC **Documento** : 51933838
Sexo : F **Fecha Nacimiento :** 1969-01-27 **Edad :** 50 Años
Entidad : PARTICULAR..
Centro Costo : N/A
Cargo : CONTRATISTA
Fecha de Atención : 2019-03-18 09:20:00
Fecha y hora entrega de Resultados : 2019-03-18 09:54:21
Sede : BOGOTA 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

Se sugiere control en programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ
E. OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
VISIOMETRIA

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 Gómez
RM 81242
Medico SO
RES. 5357 / 10-05-2016

Firma y sello del médico evaluador

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
51933838
Firma del trabajador evaluado

Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408
CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362
CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

Vital
Tel.: (+5) 385 41 22 - 385 41 24 Cel.: 300 620 0912
BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055
SANTA MARTA
Calle 22 N 14 – 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65 15

Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915
BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA VITALIA FIGUEROA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51933838 realizó el día 16/02/2021 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 ANA VITALIA FIGUEROA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51933838 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 -

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4292001935 , con fecha de apertura 3 de Junio de 2015 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): ANA VITALIA FIGUEROA MELO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 51.933.838

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Enero de 2021 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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	15-44-101237640	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	02	2021	01	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FIGUEROA MELO, ANA VITALIA	CC: 51.933.838

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 51 NRO. 123 A - 53 AP 303	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3143233558

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CARACAS NRO. 13 - 88	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3346369

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 DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.2204761, .. PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS AREAS DE GESTION DEL TALENTO HUMANO, ASISTENCIA Y GESTION ADMINISTRATIVA Y GESTION DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACION, DEL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, ASI COMO LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION 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 FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PARA DAR RESPUESTA A LA POLITICA INSTITUCIONAL ENTRE OTROS EL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y DEMANDA DE LA POBLACION; 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	01/02/2021	30/04/2022	$3,926,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,926,000.00	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

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

15-44-101237640

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	15-44-101237640	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
01	02	2021	01	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FIGUEROA MELO, ANA VITALIA	CC: 51.933.838

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 51 NRO. 123 A - 53 AP 303	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3143233558

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CARACAS NRO. 13 - 88	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3346369

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movii Red · Bancolombia Corresponsal Bancario

Carulla · éxito · Gmacias · Ca · Codiscoop

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	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,926,000.00	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

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)11002610352003(3900)000000033320(96)20220201

REFERENCIA PAGO: 1100261035200-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: PAG EST SEG DEL EST
NUM APROBACION: 090653
REFERENCIA: 1100261035200 3
FECHA EFECTIVA: LUN 1 FEB 21
TRANSACCION: 217886954235
VALOR: 33.320
FECHA EXPE:LUN 1 FEB 21 18:28:30
032-09492543-184
782885-239016-444622-433394-41
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 17566 CLR 1000178507
03154340-825759

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

C.C.	**1000180589**	**SARA SOFIA ARDILA FIGUEROA**	**HIJO**

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

Nombre: __ANA VITALIA FIGUEROA MELO__

C.C. ___51933838_

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.000.180.589

NUIP A2J-0250.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33218184

33218184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 63 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1073

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA	FIGUEROA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 04 Día 18	FEMENINO	O	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 DE NACIDO VIVO	A 3091609

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA MELO ANA VITALIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.933.838 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	Y CARLOS FRANCISCO ARDILA

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

Año 2001 Mes 05 Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Y CARLOS FRANCISCO ARDILA
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153
CARRERA 7B BIS No. 132-11
Nit. 860.066.789-6 - Vigilada Mineducación

Universidad EL BOSQUE

ID 189913	SEMESTRE: 1	PERIODO: 20211	IDENT. TI 1000180589
NOMBRE:	ARDILA FIGUEROA SARA SOFIA		

DESCRIPCION DEL PAGO

MATRICULAS (+)	$ 3,649,000.00
APORTE VOLUNTARIO PROGRAMA SEMILLAS (+)	$ 35,000.00

Declaro que conozco el Reglamento Estudiantil Vigente, acepto las condiciones y contenidos del Programa Académico que elegí y procedo a realizar el pago de mi matrícula para el presente periodo

FECHAS DE PAGOS:	PAGOS SIN APORTE	PAGOS CON APORTE
ORDINARIA HASTA: 2020-12-18	$ 3,649,000.00	$ 3,684,000.00

Nuestro estudiante atenderá periódicamente, algunas actividades propias de su programa académico en las instalaciones ubicadas en el kilómetro 20 de la Autopista Norte.

ESTUDIANTE

ITAÚ ☐
BANCO DE BOGOTÁ ☐
BANCOLOMBIA ☐
DAVIVIENDA ☐

RECIBO DE PAGO No. 2680539

PROGRAMA: PSICOLOGIA

11792 PROGRAMA SEMILLAS
11788 SOCIOANTROPOLOGIA
11737 PSICOLOGIA EVOLUCIONISTA
11788 PSICOLOGIA GENERAL (INTROD A LA PSICOLOGIA)

Bogota 694 Unicentro Bogota En
0402 Usu0303 T625
15/12/20 15:15 H.NO
CED 1735
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Us:0000000189913268053 9
Valor Efectivo:3,649,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Tarjeta: 0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:3,649,000.00

El Programa Semillas es una iniciativa de la Universidad El Bosque con la que buscamos becar más de 300 estudiantes de bajos recursos y excelencia académica en nuestra institución. Hoy tenemos la oportunidad de construir un mejor país. Dona $35.000 al momento de pagar tu matrícula.

¡Sumemos semillas para cultivar un futuro con calidad!



PARA SU VALIDEZ DEBE TENER EL TIMBRE DE LA REGISTRADORA Y EL SELLO DE RECIBIDO