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 GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**29387-747385**
No. de documento	**10978**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	**C.C.**	51.982.310	**IP/Nº de contacto**	3167874674
Correo electrónico contratista:	npavajeau@sena.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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		17416588511	
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:	2210612/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12821**	
Valor Total del Contrato	$ 41.080.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.080.000	**1**	**Del**	**02/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.770.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.310.000		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	$ 3.770.000	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	**$ 3.770.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.004.120**	**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	----------	**9415334554**	Valor Base retención en la fuente	2.004.120,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.508.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.340.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 241.300	$ 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	$ 7.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	32.266,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	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 $ 1.161.856	$ 377.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ 397.251				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 641.487		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.737.734,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formacion 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 formacion
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.

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN SUAREZ
INSTRUCTOR G11

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) NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ identificado(a) con cedula ciudadania 51.982.310, 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
20190612	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	HI	1032938532	TI	20190612	0	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SENA. CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA

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
15136799

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ identificado(a) con C.C No. 51.982.310, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de enero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

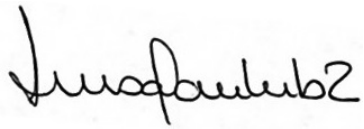
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.982.310, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 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): 202101012374778.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

19. Fotocopia del RUT, incluyendo actividad económica principal y las siguientes actividades 8541 -8542, con

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14564530070

(415)7707212489984(8020) 000001456453007 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 8 2 3 1 0	7	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	5 1 9 8 2 3 1 0	1 9 8 8 0 8 2 2

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
PAVAJEAU	DIAZ	NOHORA	CECILIA

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 16 34 48 AP 403

42. Correo electrónico: npavajeau@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 8 8 0 4 7 2	3 1 6 7 8 7 4 6 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 1 2 0 7 1 3	8 5 4 2	2 0 1 2 0 7 1 3				2 3 1 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
4 9																									

53. Código

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			

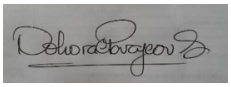
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 01

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

empresalud OCUPACIONAL

Calle 35 N° 15-56 Teusaquillo.
Tel. (091) 8 05 24 68
E-mail. empresaludocupacional@hotmail.com
mercadeo@empresalud.com.co
Bogotá D.C., Colombia



EXAMEN OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 51982310-140738

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/01/2020 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE - OCUPACIONAL
Paciente:	NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	**Identificación:**	51982310
Género	FEMENINO **Edad:** 51	**Teléfono**	**Móvil:** 3167874674
Fecha Nacimiento:	07/09/1968	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	DIVORCIADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR
Dirección	CRA 16 N 34 - 48	**Escolaridad:**	POST GRADO
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL — USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES, CONOCER Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: DIETA Y EJERCICIO REGULAR

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) trabajador(a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

'oCONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS.
EMPRESALUD OCUPACIONAL., se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales.
Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos, además, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa
'

Dra. Alba Lucia Cabrera
Médico
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. 4624-2012 P.U.J.
R.M. 250995-ne

ALBA LUCIA CABRERA	4624-2012	NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	51982310
Médico Especialisa en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	

Hace constar:

Que el Sr(a) NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51982310 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 NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51982310 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 -

Certificado Bancario

Miércoles, 20 de Enero de 2021

Señores
SENA. CENTRO DE GESTION ADMINSTRATIVA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ identificado(a) con CC 51982310, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	17416588511	2004/02/13	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**	**15-44-101237796**	**0**

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PAVAJEAU DIAZ, NOHORA CECILIA		**CC: 51.982.310**
DIRECCIÓN: KR 16 NRO. 34 - 48	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	2880472

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: AV CARACAS NRO. 13 - 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	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 CO1PCCNTR, 2210612 , 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 POLTICA 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	**02/02/2021**	**30/04/2022**	**$4,108,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,348.00	$ *******8,000.00	$ *******5,386.00	$ ***********33,734.00	$ ********4,108,000.00	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.

15-44-101237796

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**	**15-44-101237796**	**0**

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PAVAJEAU DIAZ, NOHORA CECILIA		**CC: 51.982.310**
DIRECCIÓN: KR 16 NRO. 34 - 48	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	2880472

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: AV CARACAS NRO. 13 - 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	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 · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Su Red · Ca · Copidrogas

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
$ ******20,348.00	$ *******8,000.00	$ *******5,386.00	$ ***********33,734.00	$ ********4,108,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
CBE SEGUROS LTDA	184520	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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)11002610359000(3900)000000033734(96)20220202

REFERENCIA PAGO:

1100261035900-0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027234 03

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027234031

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
03/02/2021 09:32a.m.

RECIBIMOS DE: Nohora Pavajeau — CC. 51.982.310

LA SUMA DE: Treinta y tres mil setecientos treinta y cuatro pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027234031

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NORTE-44-101237796-0-1	$28,348.00		$5,386.00	$33,734.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,734.00

EFECTIVO:	
CHEQUE:	
TARJETA:	
BD:	33,734.00
OTROS:	$33,734.00

TRANSACCION: 0002723403

TOTAL: $33,734.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/3/2021 9:32:20AM

172.16.10.23

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 01 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:

T.I.	**1032938532**	Diego Andrés González Pavajeau	**HIJO**

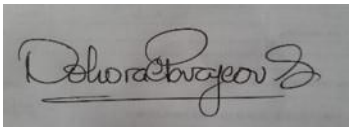
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: ___Nohora Ceilia Pavajeau Diaz_____

C.C. _____51982310_____

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

rcav-

NUIP 1.032.938.532

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39234058

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	48				A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
* * * * * * * * GONZALEZ * * * * * * * *	* * * * * * * * * * * * PAVAJEAU * * * * * *

Nombre(s)
* * * * * * * * * * * * ** * * * * * DIEGO ANDRES * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	5	Mes	J	U	L	Día 0 4	MASCULINO * * * *	* * * A	(+) *****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. ***

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DE LA MUJER * * * **	********** A5419581 * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 51.982.310 DE BOGOTA * * * * * * * * * * * * * *	* * * COLOMBIANA * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO ***

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA * * * * * * * * * *	COLOMBIANA * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO ******* * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 2 0 0 5 Mes J U L Día 0 6	MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ. Nombre y firma

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

17 JUL 2018

MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ
Notario cuarenta y ocho (48)

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA ART. 21 DE LA LEY 962 DE 200

PAZ Y SALVO DE CARTERA
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA
Nit. 900.178.724-3

CERTIFICA:

Que el señor(a) **NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ** identificado(a) con **CC**. No. **51982310**, se encuentra a Paz y Salvo, por concepto de pagos efectuados al contrato **No. 110181**, el cual se encuentra **Activo** a partir de **2020-07-25**.

Este Paz y Salvo se expide el **2021-02-16**, a solicitud del interesado(a).

Cordialmente,

MARCELA LEMUS REYES
GERENTE INTEGRACIÓN CON EL CLIENTE

Código de verificación de la autenticidad de este documento:**208le339 .**
Link: /208le339

Estado de Cuenta

PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos

DESCARGA TU FACTURA

Factura

AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2019

Vigencia hasta

24/07/2020

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	$ 5,556,000.00
Valor Cuota AMD:	$ 0.00
Descuento Comercial:	$ 910,800.00
Otros Descuentos **(3)**	$ 0.00
Mas IVA 5%	$ 232,260.00
Descuento Pronto Pago	$ 278,712.00
Valor Cuota	$ 4,598,748.00
Saldo a Favor	$ 0.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2020
TOTAL A PAGAR **(2)**	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios

Estado de Cuenta

PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos

DESCARGA TU FACTURA

Factura

AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2020

Vigencia hasta

24/07/2021

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	$ 5,845,200.00
Valor Cuota AMD:	$ 0.00
Descuento Comercial:	$ 958,800.00
Otros Descuentos **(3)**	$ 0.00
Mas IVA 5%	$ 244,320.00
Descuento Pronto Pago **(4)**	$ 195,456.00
Valor Cuota	$ 4,935,264.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2021
TOTAL A PAGAR **(2)**	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

(4) El valor del descuento pronto pago a aplicar esta sujeto a pago oportuno de la factura

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	897495581	9415334554	I	2021/02/03	2021/02/18	BANCOLOMBIA	15	$440,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
1	CC 51982310	PAVAJEAU NOHORA	231001	30	$1,516,060	$242,600	EPS008	30	$1,516,060	$189,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,516,060	$8,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	897495581	9415334554	I	2021/02/03	2021/02/18	BANCOLOMBIA	15	$440,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,600	$0	$0	$242,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$242,600	$0	$0	$242,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,600	$0	$0	$189,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$189,600	$0	$0	$189,600
TOTAL				1	$440,200	$0	$0	$440,200