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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - 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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**50003-060892**
No. de documento	**18080**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS	**C.C.**	94.231.399	**IP/Nº de contacto**	3168752091
Correo electrónico contratista:	jasprilla@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		488409906788	
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:	2206643/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**3621**	
Valor Total del Contrato	$ 42.770.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.770.000	**1**	**Del**	**02/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.770.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.000.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.2206643 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR DE SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA LOS PROGRAMAS EN LA VIGENCIA 2021, DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

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	**$ 2.222.400**	**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	----------	**Dec 1273 de 20**	Valor Base retención en la fuente	2.222.400,00	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 - 8523	6.680,00	0,200%
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	$ -		Pro-UCEVA	18.850,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 740.800		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.744.470,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrolladas en el mes:
Participación en reuniones programadas por la líder del área.
Orientación a aprendices para el desarrollo de la etapa productiva.
Revisión de bitácoras de seguimiento.
Visitas de seguimiento etapa productiva de manera virtual.
Realización de acta de certificación académica de aprendices.
Evaluación de resultado de aprendizaje de etapa productiva.

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.

JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS
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,

LUZ ADRIANA BUITRAGO GRAJALES
PROFESIONAL G04

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS identificado con CC-94231399 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Enero 13 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

94231399

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730677454

(415)7707212489984(8020) 000001473067745 4

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

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	9 4 2 3 1 3 9 9	1 9 9 8 0 2 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Zarzal 8 9 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ASPRILLA	RIVAS	JOSE	MARTIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Zarzal 8 9 5

41. Dirección principal
URB VILLA DEL RIO MANZANA B CASA 20

42. Correo electrónico martinasprilla@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	3 1 6 8 7 5 2 0 9 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 6 0 8 1 6	8 5 2 3	2 0 1 5 0 2 0 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	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 2021 - 01 - 14 / 11 : 59: 21

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 ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO MARUJA ARISTIZABAL

UNIVERSIDAD JAVERIANA

No. de orden 20200131020

PACIENTE:	ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN		
EDAD	40 Años	**SEXO**	Masculino
HISTORIA:	94231399	**FECHA INGRESO:**	31/01/2020 08:15
ORDEN:	20200131020	**FECHA IMPRESIÓN:**	31/01/2020 09:32
FECHA NACIMIENTO:	19/12/1979	MEDICO:	MEDICO NO CODIFICADO

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
QUIMICA SANGUINEA			
GLICEMIA PRE	90	mg/dl	70 - 110
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	225	mg/dl	0 - 200
COLESTEROL HDL	93	mg/dl	35 - 85
COLESTEROL LDL	105	mg/dl	0 - 130
COLESTEROL VLDL - CALCULADO	28	mg/dl	20 - 40
TRIGLICERIDOS	142	mg/dl	0 - 200
INDICE ARTERIAL	2.4		0.0 - 4.0
ASPECTO DEL SUERO :			

Bacteriologa sección:LILIANA RIVERA POSSO

Dra. Liliana Rivera Posso
Bacterióloga y Labortorista Clínico
Universidad Católica de Manizales
Registro: 18921

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO TIPO IV			
Impedancia			
RECUENTO DE LEUCOCITOS	5.4	X10³/ul	5.0 - 10.0
LINFOCITOS EN NUMERO	2.40	X10*3/ul	0.80 - 4.00
CELULAS MIXTAS EN NUMERO	0.90	X10*3/ul	0.10 - 1.50
NEUTROFILOS EN NUMERO	2.10	X10*3/ul	2.00 - 7.00
LINFOCITOS %	43.80	%	20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS%	18.20	%	3.00 - 15.00
NEUTROFILOS %	38.00	%	45.00 - 70.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.88	X10*6/ul	4.20 - 6.20
HEMOGLOBINA	16.0	gr/dl	14.0 - 18.0
HEMATOCRITO	45.2	%	40.0 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	92.7	mmol/L	80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.7	pg	26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	35.3	gr/dl	32.0 - 36.0
RDW-SD	48.1	mmol/L	35.0 - 56.0
RDW-CV	11.8	%	10.0 - 16.0
PLAQUETAS	234	X10³/ul	150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	8.4	mmol/L	6.5 - 12.0
PDW	15.3		9.0 - 17.0
PLAQUETOCRITO	0.196	%	

LABORATORIO CLINICO MARUJA ARISTIZABAL

UNIVERSIDAD JAVERIANA

No. de orden 20200131020

PACIENTE:	ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN		
EDAD	40 Años	**SEXO**	Masculino
HISTORIA:	94231399	**FECHA INGRESO:**	31/01/2020 08:15
ORDEN:	20200131020	**FECHA IMPRESIÓN:**	31/01/2020 09:32
FECHA NACIMIENTO:	19/12/1979	MEDICO:	MEDICO NO CODIFICADO

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia

Bacteriologa sección:LILIANA RIVERA POSSO

Dra. Liliana Rivera Posso
Bacterióloga y Labortorista Clínico
Universidad Católica de Manizales
Registro: 18921

Óptica
Visión Real
Cambiando tu realidad visual

VISIOMETRIA

FECHA:	31/01/2020		
NOMBRE:	MARTIN ASPRILLA RIVAS		
CC No.	94231399	TEL:	3168752091
EDAD:	40 AÑOS	OCUPACIÓN :	INSTRUCTOR DEL SENA

AV SC VL :	OD: 20/25	AV SC VP :	OD: 0,75 M
	OI: 20/25		OI: 0,75M
AV CC VL :	OD: 20/25	AV CC VP :	OD: 0,5 M
	OI: 20/25		OI: 0,5M

BIOMICROSCOPIA :	OD SEGMENTO ANTERIOR SIN ALTERACIÓN
	OI SEGMENTO ANTERIOR SIN ALTERACION
FONDO DE OJO:	OD SIN ALTERACION
	OI SIN ALTERACION
PROFUNDIDAD:	40 SEG DE ARCO
TEST DEL COLOR:	14/14 SIN ALTERACIÓN
COVER TEST:	SIN ALTERACION
DIAGNOSTICO :	EMETROPE
OBSERVACIONES :	SE INDICA USO DE RX DE DESCANSO PARA EL PC
	NO LO LIMITA PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES

Dahyana Ramos P.
OPTOMETRA
TP 3455
Universidad Andino

DRA. DAHYANA RAMOS
TP:3455

Carrera 5 No. 8-96 (Frente a Hotel Mariscal Robledo)
Teléfono: 2099640 - Cel. 3158837828
Cartago - Valle del Cauca

PRUEBA PSICOTÉCNICA

Nombre: JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS
Número de identificación: 94231399
Edad: 40 AÑOS
Fecha: 31 ENERO 2020
Cargo: INSTRUCTOR
Empresa: SENA
Elaborado por: Tatiana Giraldo Silva
Pruebas aplicadas: agx

Resultados:

1. ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA

¿Qué busca la prueba?

Sirve para determinar hasta qué punto una persona mantiene la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

Objetivo de la prueba: Detectar fallas ó bloqueos en la Atención y Concentración (DISPERSION). El evaluado debe responder (con miembros superiores e inferiores) a una serie de estímulos visuales y auditivos presentados de manera monótona y repetitiva.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	890	455
Numero de Errores	4	0

Se evidencia que se encuentra dentro de los parámetros adecuados, en un término medio, es una persona que no presenta fallas en la atención o concentración, y puede mantener la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

2. REACCIONES MULTIPLES

¿Qué busca la prueba?

Mide la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, mediante la medición del tiempo que transcurre entre la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente.

Objetivo de la prueba: Evalúa la capacidad de discriminar los tiempos de reacción de la persona, la velocidad de respuestas (con miembros superiores e inferiores), ante estímulos visuales y auditivos. El Aspirante debe responder a una serie de estímulos visuales y auditivos, presentados en forma aleatoria, sin ninguna correlación de tiempo entre estímulos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	1483	668
Numero de Errores	6	0

Es una persona que puede tener la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, ante la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

3. REACCION AL FRENADO

¿Qué busca la prueba?

Evalúa el tiempo promedio de reacción que tiene una persona para dejar de acelerar y comenzar a frenar frente a una situación de emergencia, medido desde el momento en que decide aplicar los frenos del vehículo hasta el instante en que comienza a aplicarlos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción	948	234

Es una persona que tiene la capacidad para reaccionar en un momento en que tiene que responder a un estímulo, como dejar de acelerar y frenar. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

4. COORDINACION VISOMOTRIZ BIMANUAL

¿Qué busca la prueba?

Esta prueba sirve para evaluar la coordinación del sujeto en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra.

Objetivo de la prueba: Evaluar la función motora en ambas manos, con movimientos de coordinación y disociación (se tiene en cuenta el tiempo en el error). El evaluado debe mantener bajo control dos móviles, evitando que salgan de circuito, cuando se produce esta situación sonará un timbre que le indicará que

está cometiendo un error, del que deberá salir rápidamente.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo total del error	5553	2273
Numero de Errores	27	6

Es una persona que tiene la coordinación en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra. Resultados dentro de los parámetros adecuados.

5. PERCEPCION DE LA VELOCIDAD

¿Qué busca la prueba?

Evalúa los posibles problemas que tenga un sujeto para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo.

Objetivo de la prueba
Determinar desviaciones perceptivas de la velocidad, (tiempo y distancia) esencial para maniobras de adelantamiento o seguimiento de un vehículo. Debe seguir el desplazamiento de un móvil y calcular la velocidad a la que se desplaza.

Rango	Obtenido
867	122

Porcentaje de desviación
Es una persona que tiene la capacidad para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo. Se encuentra dentro de los parámetros adecuados.

Psicóloga
Tatiana Giraldo Silva
T.P. 131907

Tatiana Giraldo

TATIANA GIRALDO SILVA
Psicóloga

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94231399 realizó el día 18/02/2021 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 JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94231399 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

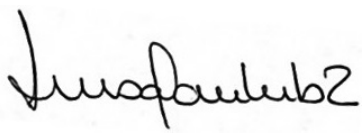
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.231.399, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 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): 202101012441010.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CARTAGO, **19/02/2021**
VALLE,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOSE MARTIN ASPRILLA RIVAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **94231399**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488409906788**
Fecha de apertura	**06/10/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101009998	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
02	02	2021	02	02	2021	00:00	30	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN		94231399	
Dirección: CALLE 12A N 9-24	Ciudad: ZARZAL - VALLE	Teléfono:	3168752091

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE. SENA – REGIONAL VALLE - CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES- CTA		899999034-1	
Dirección: CRA 9 # 12 – 141	Ciudad: CARTAGO - VALLE	Teléfono:	2119999

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2206643 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMOINSTRUCTOR DE SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA,EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA LOSPROGRAMAS EN LA VIGENCIA 2021, DEL CENTRO DE TECNOLOGÍASAGROINDUSTRIALES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/02/2021	30/04/2022	$ 4,277,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 21,185.80	$ 8,000.00	$ 5,545.30	$ 34,731.10	$ 4,277,000.00	02/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027205 43

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027205430

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
02/02/2021 03:09p.m.

RECIBIMOS DE: José Martín Asprilla Rivas — CC. 94.231.399

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

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027205430

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CALI-46-101009998-0-1	$29,186.00		$5,545.00	$34,731.00

FORMA DE PAGO

Efectivo - $ 34,731.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 34,731.00
OTROS: $0.00

TRANSACCION: 0002720543

TOTAL: $34,731.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/2/2021 3:09:35PM

172.16.10.23

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1116445528**	**Martín Alejandro Asprilla Suarez**	**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: José Martín Asprilla Rivas

C.C. 94.231.399

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.116.445.528

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53884216

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 5 E

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

REGISTRADURIA DE ZARZAL - COLOMBIA - VALLE - ZARZAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ASPRILLA	SUAREZ

Nombre(s): MARTIN ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes DIC Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE TULUA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12323765-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ SALDARRIAGA YUDI LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.116.436.773	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.231.399	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ASPRILLA RIVAS JOSE MARTIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.231.399	

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 2014 Mes ENE Día 07	ANDRES VELEZ ZULETA - REGISTRADOR Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

07-ENE-2014 - ART 118 LEY 1395 JUL 12 DE 2010.

Adhesivo Copia Registro Civil 18910280-5

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -