

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL ATLÁNTICO</p> <p align="center">CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	8
			<p>Código Centro</p>	930210
			<p>Fecha Elaboración</p>	28 de Febrero de 2021
			<p>Versión</p>	ENERO 2021 - 1,21
			<p>ID de Proceso</p>	63362-011168
		<p>No. de documento</p>	21163	

DATOS DEL CONTRATISTA					
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>	DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS		<p>C.C.</p>	72.178.224	
<p>Correo electrónico contratista:</p>	daherrera4228@misena.edu.co		<p>IP/N° de contacto</p>	00	
<p>Régimen del IVA:</p>	NO RESPONSABLE	<p>Pertenece al régimen simple de tributación?</p>	NO	<p>Es declarante de renta?</p>	SI
		<p>Es Pensionado?</p>	NO		
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>	SI	<p>Inducción SST</p>	SI	<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>	NO
<p>Banco al cual consignar:</p>	DAVIVIENDA	<p>Tipo de cta</p>	AHORROS	<p>N° Cuenta</p>	000141521120
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>	NO	<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>	NO		

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>N° del contrato:</p>	2276912/2021	<p>N° Compromiso SIIF</p>	49621
<p>Valor Total del Contrato</p>	\$ 26.285.549	<p>N° Pago</p>	1
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>	\$ 26.285.549	<p>Periodo objeto de pago</p>	Del 18/02/2021 Al 28/02/2021
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>	\$ 25.078.086	<p>Comisiones</p>	\$ 0,00
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>	<p>INSTRUCTOR:IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL AREA DESEGURIDAD Y SALUD TRABAJO FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA CCS SENA REG ATL PROGRAMA DE ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES RADICADO 9-2021-00</p> <p>Â€PLAZO 30 NOV 2021</p>		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>Ingresos por honorarios</p>	\$ 1.207.463	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	0,00%
<p>Ingresos por comisiones</p>	\$ 0	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	\$ 0
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ 0		
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>	\$ 1.207.463	<p>Menos, ReteFuente Otros Ingresos</p>	\$ 0
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>	\$ 620.788	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>	Febrero	Enero	<p>Valor Base retención en la fuente</p>	620.788,00	<p>TARIFA</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>	\$ 908.526	\$ 0	<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>	948.463,00	
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>	\$ 113.600	\$ 0	<p>Valor base IVA</p>	0,00	
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>	\$ 145.400	\$ 0	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>	0,00	19%
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>	\$ -	\$ 0	<p>Menos Retención en la Fuente</p>	0,00	0,00%
<p>ARL</p>	\$ 4.800	\$ 0	<p>Menos Retención IVA</p>	0,00	15%
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>	\$ -		<p>Reteica - 8299</p>	9.485,00	1,000%
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	0,000%
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	0,000%
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	0,000%
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ -		<p>Otras Retenciones</p>	0,00	0,000%
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>	\$ 120.746		<p>Descuentos de Libranza</p>	0,00	
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>	\$ -		<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>	0,00	
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>	\$ 206.929		<p>VALOR A PAGAR</p>	\$ 1.197.978,00	
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>	\$ -				

SON: UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIONES VULNERABLES.</p> <p>-FUNDAMENTOS BÁSICOS EN SALUD OCUPACIONAL-CÓDIGO:13710069-AMBIENTE VIRTUAL #1-PONAL-JÓVENES A LO BIEN-JUEVES DE 1:00 A 6:00PM.</p> <p>-FUNDAMENTOS BÁSICOS EN SALUD OCUPACIONAL-CÓDIGO:13710069-AMBIENTE VIRTUAL #2-ALCALDÍA B/Q-BR-LA MANGA-MAR Y VIE DE 1:00 A 6:00PM.</p> <p>-FUNDAMENTOS BÁSICOS EN SALUD OCUPACIONAL-CÓDIGO:13710069-AMBIENTE VIRTUAL #3-PONAL-JÓVENES A LO BIEN-MARTES DE 1:00 A 6:00PM.</p> <p>PLANILLAS PAGADAS N°9416423195 y 9416477663 EN FEBRERO DE 2021 POR INTERMEDIO DE LOS OPERADORES BANOCCIDENTE y BANBOGOTÁ.</p> <p>CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA N°0001-4152-1120</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p align="center">Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>
	<p>GABIS DE JESUS AMAYA TORRES INSTRUCTOR</p>

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

ERIKA ROJAS SANJUANELO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72178224		HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cil 53B1 # 21A-28	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3016558	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-02	2021-02	63192973		9416423195	I	2021/03/05	2021/02/22	BANCO DE OCCIDENTE	\$114,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$393,695	\$63,000			\$393,695	\$49,300			\$0	\$0			\$393,695	\$2,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$393,695	\$63,000			\$393,695	\$49,300			\$0	\$0			\$393,695	\$2,100		\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$393,695	\$63,000			\$393,695	\$49,300			\$0	\$0			\$393,695	\$2,100		\$0	\$0	
1	CC 72178224	HERRERA DANIEL	25-14	13	\$393,695	\$63,000	MIN001	13	\$393,695	\$49,300		0	\$0	\$0	14-23	13	\$393,695	\$2,100	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$393,695	\$63,000			\$393,695	\$49,300			\$0	\$0			\$393,695	\$2,100		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72178224		HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CII 53B1 # 21A-28	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3016558	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-02	2021-02	63192973	9416423195	I	2021/03/05	2021/02/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$114,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,100	\$0	\$0	\$2,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,100	\$0	\$0	\$2,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,300	\$0	\$0	\$49,300	
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	\$49,300	\$0	\$0	\$49,300	
TOTAL				1	\$114,400	\$0	\$0	\$114,400	

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9416423195
NUMERO DE APROBACION 192973
Fecha: 20/02/2021 13:00:28
DU: 795556
NUM. TRANSACCION 1030775086
Valor \$114.400,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE
IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA
INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO
OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL:
0180000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL
PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA
DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO
Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO.
SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION
ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO
CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO
REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA
AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA
HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR.
DE LO CONTRARIO, NI EFECTIVO NI BANCO DE
OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA
RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS
POSTERIORES.

PS Recaudador: 906029 EL CARMEN
HOSPITAL PEDIATRICO.

Cajero: ANYUGAJ

Recibi Conforme:

C.C.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72178224		HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 53B1 # 21A-28	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3016558	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-02	2021-02	1000000676		9416477663	N	2021/03/05	2021/02/24	BANCO BOGOTA	\$149,400

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)					\$514,831	\$82,400			\$514,831	\$64,300			\$0	\$0			\$514,831	\$2,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$514,831	\$82,400			\$514,831	\$64,300			\$0	\$0			\$514,831	\$2,700		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$514,831	\$82,400			\$514,831	\$64,300			\$0	\$0			\$514,831	\$2,700		\$0	\$0
1	CC 72178224	HERRERA DANIEL	25-14	13	(\$393,695)	(\$63,000)	MIN001	13	(\$393,695)	(\$49,300)		0	\$0	\$0	14-23	13	(\$393,695)	(\$2,100)	0	\$0	\$0
2	CC 72178224	HERRERA DANIEL	25-14	30	\$908,526	\$145,400	MIN001	30	\$908,526	\$113,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$908,526	\$4,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$514,831	\$82,400			\$514,831	\$64,300			\$0	\$0			\$514,831	\$2,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72178224		HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CII 53B1 # 21A-28	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3016558	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	1000000676	9416477663	N	2021/03/05	2021/02/24	BANCO BOGOTA	0	\$149,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$82,400	\$0	\$0	\$82,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$82,400	\$0	\$0	\$82,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,700	\$0	\$0	\$2,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,700	\$0	\$0	\$2,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$64,300	\$0	\$0	\$64,300	
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	\$64,300	\$0	\$0	\$64,300	
TOTAL				1	\$149,400	\$0	\$0	\$149,400	

FEB 23 2021 19:40:10 RBMIT 8.63
CORRESPONSAL
PANADER Y REPOSTERIA V
CL 53 21-07 P 1 LC 1

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0018361428

V. ELECTRON

**4668

RECAUDO

TER: GA00Z584

Cc

RRN: 000602

APRO: 105403

RECIBO: 000143

SERVICIO: 0000001506

FACTURA: 0000000009416477663

**** PAGO FACTURA ****

TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 149.400

FECHA PLANILLA: 2021/02

VALOR PLANILLA: \$ 149.400

VALOR COMISION: \$ 0

VALOR IVA: \$ 0

PAGO APLICADO EN MM/DD: 00/00

*** CLIENTE ***

MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

NACIONAL: 01 8000518877

FEB 23 2021 - 19:39:46
CORRESPONSAL
PANADER Y REPOSTERIA V
CL 53 21-07 P 1 LC 1
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001506

FACTURA: 0000000009416477663

VALOR: \$ 149.400

TOTAL: \$ 149.400

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 28 de febrero de 2015

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.	1234096477	VÍCTOR DANIEL HERRERA AYOS	HIJO
-------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS

C.C. 72.178.224 de Barranquilla, Atlántico.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	<p>Certificado de Contador Público</p> <p>Certificado de Medicina Legal</p>
--	---	---

29/12/2020

Reporte



CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA COSTA

NIT 890104530-9

CALLE 58 # 55-66 / PBX: 3362200

FINR17_GWT*

29 de diciembre de 2020 08:19:15

Recibo de pago de matrícula y otros derechos

BANCO DE OCCIDENTE CTA CORRIENTE
CTA. 82505584.1

NOMBRE	HERRERA AYOS VICTOR DANIEL		
No. IDENTIFICACIÓN	1234096477	Código:	Tel. 3216299617
PERIODO	20211		
PROGRAMA ACAD.	11051 - INGENIERIA DE SISTEMAS (MIXTA)		
PENSUM	PLAN DE ESTUDIOS H - NUEVOS ASPIRANTES		
Nro. Cred 14	Valor		
CONCEPTO	00- MATRICULA PREGRADO.		\$ 4,340,000.00 COP
CONCEPTO	03- CREDITO COOPFUTURO.		\$ 4,340,000.00 COP

UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC
AUXILIAR
CREDITO Y CARTERA
FECHA DE EXPEDICIÓN 29 de diciembre de 2020
28 DEC 2020
NIT 890104530-9
FIRMA SELLO DEL BANCO

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LIMITE
Ordinaria	\$ 0.00 COP	15/01/2021

NOTA: DEVOLUCIÓN DE MATRICULA:75% ANTES DE INICIO CLASES.50% 30 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS INICIO CLASES. CONGELACIÓN DE MATRICULA:100% HASTA UNA SEMANA DESPUÉS DEL CIERRE DE MATRICULAS ACADÉMICAS. DE MANERA LIBRE Y EXPRESA AL REALIZAR EL PAGO DE LA MATRICULA RECONOZCO QUE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS PODRÁN DESARROLLARSE DE MANERA PRESENCIAL CON ACCESO REMOTO O VIRTUAL.

E
S
T
U
D
I
A
N
T
E

DEUDOR PRINCIPAL HERRERA AYO VICTOR DANIEL
CODEUDOR 1: HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO
Periodo de Gracia: 0 (Días)

Tel: 3016558 Dir: CL 53 B1 21 A 28
Tel: 3016538 Dir: CL 53 B1 21 A 28

Id. 1234096477
Id. 72178224
DV. Davivienda: 10

CONDICIONES DEL CRÉDITO NRO. 27-00015876-4

Tpo de Crédito: 4 RENOVACION	Convenio: CUC - BARRANQUILLA- CC	Plazo: 180 (Días)	Monto: 4.552.993,00
Tpo de Tasa: TASA PACTADA	Periodicidad Pago Intereses: 30 (Días)	Tasa Efectiva Anual: 18,020000000%	
Tpo de Amortización: CUOTA FIJA	Modalidad Pago Intereses: VENCIDO	Tasa Nominal: 16,683299633%	
Forma de Pago: PERSONAL	Periodicidad Pago de Capital: 30 (Días)	Tasa Máxima Legal (E.A.): 26,190000000%	
Destino: PREGRADO	Clasificación: CONSUMO Día Pago: 6	Ptos. Adicionales (Tasa Variable): 0,00 %	
Garantía: AVAL FGS	Inversión: EDUCACION	Nro Cuenta Aportes: 27-00004236-3	
Nro. Abonos Extras: 0	Por valor de: \$ 0,00	Cada: 0 (Días) Apartir de: 0 (Días)	
	Solidesempleo: NO Olivos: NO		
Forma Desembolso: CUENTAS POR PAGAR A FAVOR ENTIDAD CONVENIO			

LIQUIDACIÓN Y DESCUENTOS

CONCEPTO LIQUIDADO	VALOR LIQUIDADO
K ORDINARIO	4.552.993,00
K EXTRAORDINARIO	+
ESTUDIO DE CREDITO	- 17.500,00
IVA ESTUDIO DE CREDITO	- 3.325,00
AVAL DE FRG	- 192.168,00
SALDO PARA ENTIDAD CONVENIO	- 4.340.000,00
Saldo Final a favor del Asociado	0,00

Valor en Letras: cero Pesos con 00/100 Mcte.

PLAN INICIAL DE PAGOS (*)

Cuota	Fecha de Pago Cuota	Capital Ordinario	Capital Extraordinario	Intereses Corrientes	Capitalización Periódica	Seguro de Vida	Otros conceptos	Total a Pagar	Saldo Capital luego del Pago
1	06/03/2021	732.001	0	75.948	4.476	15.176	2.313	834.794	3.820.442
2	06/03/2021	743.081	0	53.100	4.476	15.176	2.313	818.146	3.077.031
3	06/04/2021	753.401	0	42.780	4.476	15.176	2.313	818.146	2.323.630
4	06/05/2021	763.871	0	32.310	4.476	15.176	2.313	818.146	1.559.759
5	06/06/2021	774.491	0	21.690	4.476	15.176	2.313	818.146	785.268
6	06/07/2021	785.268	0	10.920	4.481	15.180	2.313	818.162	0

(*) El valor de la cuota puede variar en cualquiera de los siguientes casos: a). Cuando se realicen abonos de capital, adicionales a los pactados en las cuotas, b). Cuando el crédito incurra en mora y se generen intereses de Mora, c). Cuando COOPFUTURO incurra en gastos generados por este crédito por concepto de costas judiciales u otros conceptos a cargo del deudor. Para créditos pactados con las tasas de interés variable (DTF, UVR) los intereses se liquidaron con la tasa de interés vigente al momento del desembolso, lo cual implica el valor de intereses a pagar en cada cuota puede variar en función del valor que tenga dicha tasa, al momento del pago.

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL DEUDOR

De acuerdo a lo establecido por la Ley, las entidades de control y vigilancia de COOPERATIVA DE ESTUDIANTES Y EGRESADOS UNIVERSITARIOS, con la firma que registro en el presente documento declaro que conozco y acepto las condiciones del Crédito aquí registradas, aún cuando no sean iguales a las registradas en la solicitud de Crédito con la cual se tramita este préstamo.

Firma del Beneficiario del Crédito

ESPACIO RESERVADO PARA LA ENTIDAD

Observaciones de desembolso

BENEFICIO DE SER ASOCIADO Y AFILIADO AL FONDO MUTUAL:

SI ESTA AL DIA EN EL PAGO DE LAS CUOTAS EL ASOCIADO OBTENDRA LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

PREVISION: POR FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO 3 SMMLV PARA GASTOS FUNERARIOS.

SOLIDARIDAD: AMPARO A LAS CALAMIDADES PATRIMONIALES QUE AFECTAN AL ASOCIADO.

ASISTENCIA: POR EL FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS PADRES 6 SMMLV PARA ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

BENEFICIOS EN DESCUENTOS EN SALUD, RECREACION, DEPORTES ENTRE OTROS.

De manera voluntaria me comprometo a cancelar mensualmente un porcentaje equivalente al 0.51% del SMMLV. para que sean abonados a la cuenta individual de aportes constituida en Coopfuturo.

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 28 de febrero de 2015

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.	1001978568	DANIELA MILAGRO HERRERA AYOS	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS

C.C. 72.178.224 de Barranquilla, Atlántico.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	<p>Certificado de Contador Público</p> <p>Certificado de Medicina Legal</p>
--	---	---



LICEO MIXTO DE LA COSTA

Barranquilla: 2 Diciembre de 2020

Matricula: \$ 372.000,

Papelería: \$ /

Otros: \$ /

Total: \$ 372.000,

Nombre de alumno: Doniela milagro
Herrera



LICEO MIXTO DE LA COSTA

Nombre de alumno: Doniela
milagro Herrera

Valor \$ 180.000.

[Signature]
FEBRERO

Barranquilla: 2 Dic de 20 20

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:						Sucursal:						Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:					
BARRANQUILLA						BARRANQUILLA						85			85-46-101023451			0					
Fecha Expedición:						Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:							
Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:		Horas:		Día:		Mes:		Año:		Horas:		EMISIÓN ORIGINAL	
18		02		2021		18		02		2021		00:00		30		03		2022		00:00			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO								Identificación: 72178224			
Dirección: CALLE 53 B1 NO 21A - 28					Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO				Teléfono: 3015701409		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CRA 43 NO 42 - 40 PISO 11					Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO				Teléfono: 3851285		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.PCCTR.2276912 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		18/02/2021	30/03/2022	\$ 2,628,554.90
OBSERVACIONES:				

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,628,554.90	18/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

Manuel Sarmiento



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com

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

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

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

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010234510

FECHA				
18/02/2021				
RECIBIMOS DE:	HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO		C.C. 72178224	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101023451			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101023451 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358		TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010234510

FECHA				
18/02/2021				
RECIBIMOS DE:	HERRERA CHARRIS DANIEL ALFONSO		C.C. 72178224	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101023451			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101023451 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358		TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101023451**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCACIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.



Bogotá D.C.

POSITIVA
COMPANÍA DE SEGUROS S.A.
CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS** identificado(a) con **CC . 72178224** registra la siguiente información:

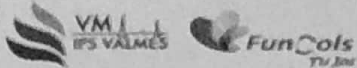
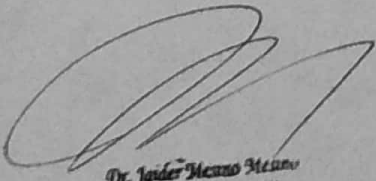
Documento empleador	Nombre empleador o contratante	Vinculación laboral	Fecha última afiliación	Fecha fin vinculación	Clase riesgo	Estado
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/02/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/02/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/02/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/02/2021		1	ACTIVO
NIT-899999034	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	INDEPENDIENTE	20/02/2021		1	ACTIVO

Esta certificación se expide a los veinte (20) día(s) del mes de febrero de 2021.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES



		CONCEPTO DE APTITUD LABORAL			
FECHA	01/04/20	EMPRESA	SENA		
TIPO DE EXAMEN:	NOMBRE		C.C	CIUDAD	CARGO
INGRESO	DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS		72.178.224	BARRANQUILLA	INSTRUCTOR
A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES					
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	OPTOMETRIA	VISIOMETRIA	LABORATORIOS
X	X		X		X
PRUEBA PSICOTECNICA	OTROS		VALORACION MENTAL Y SOCIAL		
X					
CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO					
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO			X		
CONDUCTA					
MANEJO POR EPS / ARL			HABITOS Y ESTILOS DE VIDA		
CONTROL PERIODICO PP POR EPS	NO		DIETA	NO	
REMISION A EPS POR:			EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM	NO	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	NO		DEJAR EL HABITO DE FUMAR	NO	
REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO	NO		REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL	NO	
SEGUIMIENTO CASO ARP	NO				
OCUPACIONALES			INCLUIR SVE		
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	VISUAL	CARDIOVASCULAR	AUDITIVO	
HIGIENE POSTURAL	SI				
UTILIZACION DE EPP	SI	PSICOLABORAL	RESPIRATORIO	BIOLOGICO	
UTILIZACION DE AYUDAS ERGONOMICAS	NO				
REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO	ERGONOMICO	QUIMICO		
CONTROL VISUAL ANUAL, CONTROL DE TESTICULO ANUAL, CONTROL DE PROSTATA ANUAL.					
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS					
PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCUIDADOS					
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO					
NOMBRE DEL MEDICO JAIDER ALBERTO MESINO MESINO FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL			FIRMA DEL TRABAJADOR		
 <small>Dr. Jaider Mesino Mesino Medico Especialista Salud Ocupacional M.M. 00000000000000000000</small>			 C.C 72.178.224		



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



Hace constar:

Que el Sr(a) **DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS** Identificado(a) con cédula de ciudadanía **72178224** realizó el día **19/02/2021** 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo **DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS** Identificado(a) con cédula de ciudadanía **72178224** 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 -



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



Hace constar:

Que el Sr(a) DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72178224 realizó el día 19/02/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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) DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72178224 realizó el día 19/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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) DANIEL ALFONSO HERRERA CHARRIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72178224 realizó el día 19/02/2021 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

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

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