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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - 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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**65443-367914**
No. de documento	**11097**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ	**C.C.**	34.558.762	**IP/Nº de contacto**	22443
Correo electrónico contratista:	dcampo@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		86816971081	
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:	2184181/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13721**	
Valor Total del Contrato	$ 40.259.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.259.000	**1**	**Del**	**04/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.810.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.449.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral - titulada de manera presencial o virtual, en el programa de areas trasversales, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Emprendimiento. PLAZO 10 MESES Y 17 DIAS - VALOR MENSUAL: $3.810.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.810.000	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	**$ 3.810.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.531.700**	**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	----------	**9416109759**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 843.900	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.531.700,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.375.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	6.751,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.803.249,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR LOS SERVICIOS DE FORMACION PROFESIONAL EN TITULADA EN LAS FICHAS 2143077,2206949,2186644,2054939.

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.

DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ
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,

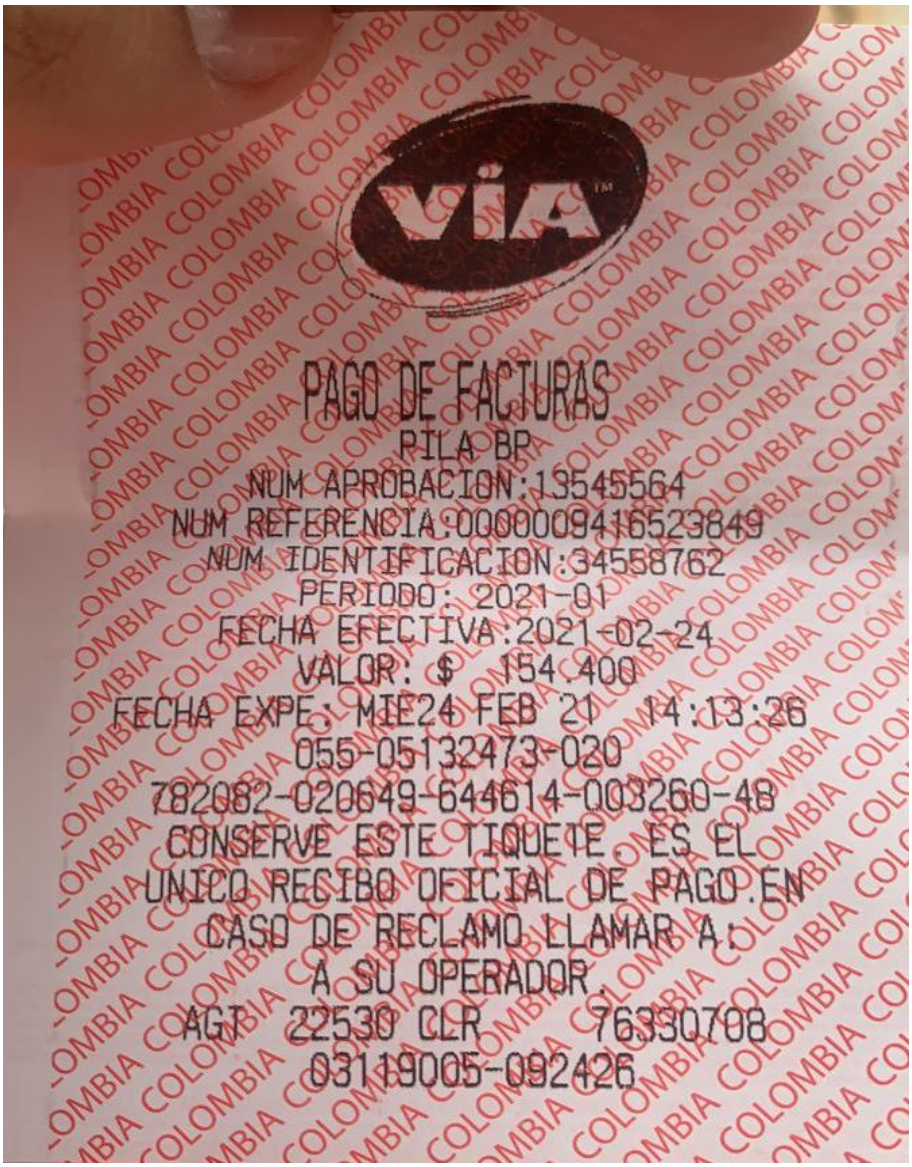
HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:42018482
NUM REFERENCIA:0000009416109759
NUM IDENTIFICACION:34558762
PERIODO: 2021-01
FECHA EFECTIVA:2021-02-09
VALOR: 109 400
MAR 9 FEB 21 12:41:39
040-06227421-216
782912-261913-144627-266260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 9197 CLR 1061749414
021253O5-392426



VIA

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:13545564
NUM REFERENCIA:000000941652384 9
NUM IDENTIFICACION:34558762
PERIODO: 2021-01
FECHA EFECTIVA:2021-02-24
VALOR: $ 154.400
FECHA EXPE: MIE24 FEB 21 14:13:26
055-05132473-020
782082-020649-644614-003260-48
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 22530 CLR 76330708
03119005-092426

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 34558762		CAMPO TROCHEZ DAMARIS DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2n #22bn-115	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

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	9210402147018625	9416109759	I	2021/02/12	2021/02/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$109,400

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)					$376,457	$60,300			$376,457	$47,100			$0	$0			$376,457	$2,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$376,457	$60,300			$376,457	$47,100			$0	$0			$376,457	$2,000		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$376,457	$60,300			$376,457	$47,100			$0	$0			$376,457	$2,000		$0	$0
1	CC	34558762	CAMPO DAMARIS	230301	11	$376,457	$60,300	EPS005	11	$376,457	$47,100		0	$0	$0	14-23	11	$376,457	$2,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$376,457	$60,300			$376,457	$47,100			$0	$0			$376,457	$2,000		$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 34558762		CAMPO TROCHEZ DAMARIS DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2n #22bn-115	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

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	9210402147018625	9416109759	I	2021/02/12	2021/02/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$109,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,300	$0	$0	$60,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$60,300	$0	$0	$60,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,000	$0	$0	$2,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,000	$0	$0	$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,100	$0	$0	$47,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$47,100	$0	$0	$47,100
TOTAL				**1**	**$109,400**	**$0**	**$0**	**$109,400**

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 34558762		CAMPO TROCHEZ DAMARIS DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2n #22bn-115	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

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	9210552168675397	9416523849	N	2021/02/12	2021/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	12	$154,400

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)					$532,069	$85,100			$532,069	$66,500			$0	$0			$532,069	$2,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$532,069	$85,100			$532,069	$66,500			$0	$0			$532,069	$2,800		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$532,069	$85,100			$532,069	$66,500			$0	$0			$532,069	$2,800		$0	$0
1	CC	34558762	CAMPO DAMARIS	230301	11	($376,457)	($60,300)	EPS005	11	($376,457)	($47,100)		0	$0	$0	14-23	11	($376,457)	($2,000)	0	$0	$0
2	CC	34558762	CAMPO DAMARIS	230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$532,069	$85,100			$532,069	$66,500			$0	$0			$532,069	$2,800		$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 34558762		CAMPO TROCHEZ DAMARIS DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 2n #22bn-115	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

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	9210552168675397	9416523849	N	2021/02/12	2021/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	12	$154,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$85,100	$0	$0	$85,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$85,100	$0	$0	$85,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,800	$0	$0	$2,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,800	$0	$0	$2,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,500	$0	$0	$66,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$66,500	$0	$0	$66,500
TOTAL				**1**	**$154,400**	**$0**	**$0**	**$154,400**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14587640603

(415)7707212489984(8020) 000001458764060 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 4 5 5 8 7 6 2	3	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMPO	TROCHEZ	DAMARIS	DEL SOCORRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CR 9 10 N 26

42. Correo electrónico

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

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
7 0 1 0	2 0 1 3 0 1 2 1						2 3 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	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 2019 - 06 - 05

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
ELSA MARLENE OSORIO M LIC SO 034/01/12

CERTIFICACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
RESOLUCION 2346/07

Ciudad y fecha de evaluación Popayán 1 de febrero de 2021

EMPRESA **Servicio Nacional de Aprendizaje SENA**

NOMBRE **Damaris del Socorro Campo** **CC 34.558.762 Pop**

Edad 50 años Estado civil S X C UL____

Escolaridad S__Tg U x MG _Hemoclasificación O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB- X

Cargo Gestión Empresarial

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

EPS Sanitas ARL Positiva AFP Porvenir

TIPO DE EXAMEN MÉDICO

Ingreso X Periódico_____Postincapacidad_____Cambio de oficio ____Reubicación_____

CERTIFICACION

Apto X No Apto ____ Apto con recomendaciones SI_____NO

RECOMENDACIONES LABORALES

Educación Postural X Higiene visual _X _Pausas Activas X Uso adecuado de elementos de Bioseguridad X Capacitación en manejo de pesos ____ Reasignación de Funciones _____ Reubicación _____ Asistir a EPS ____

INGRESO A PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Biológico x Biomecánico ___
Cardiovascular X Químico ___ Visual _____Psicosocial ____ Físico _____



ELSA M. OSORIO M.
Médica Salud Ocupacional
CC 34.533.693 Popayán
Licencia Ocupacional No.034/01/12



Nombre del Funcionario
C. C. No. 34558762

Hace constar:

Que el Sr(a) DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34558762 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 DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34558762 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

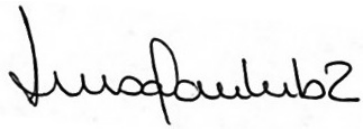
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 34.558.762, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 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): 202101012373231.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Popayan, 27 de Enero de 2021

Señores:
A QUIEN PUEDA INTERESAR
La Ciudad.

El Grupo **BANCOLOMBIA** informa que **DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ** Identificado(a) con c.c No. **34.558.762,** se encuentra vinculado (a) a nuestro grupo financiero, mediante la cuenta de ahorros No. **86816971081,** la cual a la fecha se encuentra en estado **ACTIVA**, ha tenido un buen manejo de acuerdo a las normas y políticas de nuestro grupo financiero.

Cualquier información con gusto será atendida en la línea de atención al cliente 018000912345.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Sucursal Campanario Popayan

OSCAR FERNANDO GUZMAN VILLA
Asesor Comercial
Sucursal Campanario
Tel. (092)8331383 Ext. 143

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Escaneado con CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2020 — Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019 — Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351417508

PÓLIZA No: 435 - 47 - 994000043335 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: 435 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	02	2021	02	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **DAMARIS DEL SOCORRO CAMPO TROCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **34.558.762**

DIRECCIÓN: KR 2 22 NORTE 115 CAMPO REAL T CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO: 3174759087

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	27/01/2021	17/04/2022	4,025,900.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CO1.PCCNTR.2184181 DE 2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON OBJETO: Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral - titulada de manera presencial o virtual, en el programa de areas trasversales, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Emprendimiento. PLAZO 10 MESES Y 17 DIAS - VALOR MENSUAL: $3.810.000

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,025,900.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
CONSULTORES Y ASESORES EN SEGUROS CU	4385	100.00			

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000435141750

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CADB25790B0EFB7B5F

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

6792



PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: CNB ASEGURAD SOLIDA
NUM APROBACION: 138602
REFERENCIA: 435141750B
FECHA EFECTIVA: MAR 2 FEB 21
TRANSACCION: 217900249135
VALOR: 29.750
FECHA EXPE:MAR 2 FEB 21 17:14:39
033-040106B5-228
782873-023960-344622-557394-43
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 4846 CLR 1061702194
03136975-603537