SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA
TITULADA

Código Regional	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha elaboración	**3 de Marzo 2021**
Versión	**4,2 may-20**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	Dora Gimena Blanco Mendoza	**C.C.**	63.556.586	**IP/Nº de contacto**	3142641730
Correo electrónico contratista:	dblancor@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Pertenece al régimen simple de tributación	NO			**Tienes contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas**	NO
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558	NO			**Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558**	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	506100092857
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a $47'978.000	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117´503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 2230900/2021 **Nº Compromiso SIIF** 5721

Valor Total del Contrato	$ 31.262.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**					**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.262.000	1	**Del**	8/02/2021	**Al**	28/02/2021		**$ 2.310.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.952.000		Comisiones			$ 0		

OBJETO CONTRACTUAL: Es prestar servicios personales de carácter temporal, como instructor del centro de gestión y desarrollo agroindustrial d e arauca, para ejercer enel programa de formación titulada y complementaria, bajo la modalidad por horas, EN DESARROLLAR PROCESOS DE COMUNICACIÓN EFICACES Y EFECTIVOS, TENIENDOEN CUENTA SITUACIONES DE ORDEN SOCIAL, PERSONAL Y PRODUCTIVO, para la vigencia 2021.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.310.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,67%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 23.396
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.858.740	Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.168.740**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.505.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 23.396**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**enero**	**0**		Valor Base retención en la fuente	3.505.800,00	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**	Valor Base retención en la fuente ICA	2.046.660,00	
Ingreso Base de Cotización IBC	**febrero**	$ 924.000	**Afiliaciòn**	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 115.500		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 147.840		Menos Retención en la Fuente	23.396,00	0,67%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad		$ -		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		$ 4.823		**RETEICA ARAUCA**	$ 15.009	1,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		**RETEICA ARAUQUITA**	$ 2.729	1,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -		**RETEICA TAME**	$ 2.729	1,00%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -		**RETEICA SARAVENA**	$ 0	0,70%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Aporte Solidario Voluntario Decreto 568/2020	0,00	0,000%
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 231.000		Impuesto Solidario Decreto 568/2020	0,00	0%
Salud hasta	$ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 1.168.600		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$ 2.266.137,00**	

SON: DOS MILLONES DOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE.

Cumplir con los requisitos dispuestos para la ejecuciòn de la formaciòn.
Impartir formaciòn en los programas asigandos: Tecnològo en Gestiòn Contable y Finanaciera con ficha: 2188828 y Mantenimiento de Mecatrònico en Automotores con ficha: 2141337
He participado activamente en las diferentes capacitaciones que se emiten a través de la entidad.
Procurar el cuidado de la salud, a través del aislamiento preventivo en casa.
Se viene cumpliendo con el uso de formatos establecidos en SIGA.
Participar en capacitaciones propuestas desde la ENI (Còmo encuentros pedagògicos)
Se realizó el realizò el proceso de afiliaciòn a seguridad social.
Elaborar material digital para uso de las clases virtuales a través de las herramientas Meet.
Evaluar, colocar fallas en la plataforma dispusta Sofia Plus y subir materiales de formaciòn en la plataforma territorio.

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.

Dora Gimena Blanco Mendoza
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,

LIBARDO EUGENIO SARMIENTO GARCIA
PROFESIONAL GRADO 2

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

EDDIE YOVANNY MILLAN
Director Regional Arauca

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DORA GIMENA BLANCO MENDOZA identificado(a) con CC 63556586 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**MEDYTEC SALUD IPS. S.A.S-SARAVENA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 01 días del mes de marzo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DORA GIMENA BLANCO MENDOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.556.586**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14739067573

(415)7707212489984(8020) 000001473906757 3

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

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BLANCO	MENDOZA	DORA	GIMENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

41. Dirección principal
CR 16 A 22 36 BRR SEIS DE OCTUBRE

42. Correo electrónico araucatierradepaz@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 2 0 3	8 5 6 0	2 0 1 3 0 2 0 4	4 7 6 1			3 4 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 2021 - 02 - 03 / 21 : 26: 17

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 BLANCO MENDOZA DORA GIMENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVIR ODONTO MEDICINA C.R.C.

ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891396 - E-mail. jlgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.984

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	12 MES	2020 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BLANCO MENDOZA DORA GIMENA	FEMENINO	36 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	Tipo: CC	Número: 63556586

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CUESTIONARIO COVID - 19	✓	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓
AGUDEZA VISUAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	CONTROL DE PESO
	REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO : BIOSEGURIDAD	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REVISÓ EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS (28.10.20)
SE REVISÓ EXAMEN DE AUDIOMETRÍA REALIZADO (30.10.20)
SE REALIZÓ ENCUESTA COVID-19 CON BAJO RIESGO
ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, GAFAS DE SEGURIDAD, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575 **L.S.O.:** 81-1217

Código de Seguridad

P678V1B1984

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BLANCO MENDOZA DORA GIMENA

CC: 63556586

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DORA GIMENA BLANCO MENDOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63556586 realizó el día 23/02/2021 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 DORA GIMENA BLANCO MENDOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63556586 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.

Dora Gimena Blanco Mendoza

Firma

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

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

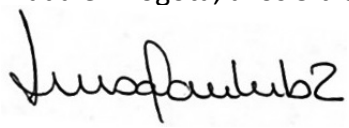
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DORA GIMENA BLANCO MENDOZA, con Cédula Ciudadanía No. 63556586 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 06/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202101012169841.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ARAUCA, **03/03/2021**
ARAUCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DORA GIMENA BLANCO MENDOZA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **63556586**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550506100092853**
Saldo a la fecha	**68,846.40 Pesos**
Fecha de apertura	**02/04/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
CUCUTA, 06 DE FEBRERO DE 2021	2881734-4		13516205
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
EVA YOSENI MEDINA TORRES	14139	2632	01213516205

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos
63556586	DORA GIMENA BLANCO MENDOZA

Dirección	Ciudad	Teléfono
CR 16 A # 22 36	SARAVENA	8821880

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
63556586	DORA GIMENA BLANCO MENDOZA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06-FEB-2021	01-MAY-2022	3.126.200,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
06-FEB-2021	01-MAY-2022	449	06-FEB-2021	01-MAY-2022	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$3.126.200	$9.379	$3.126.200,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2632	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

Dora Gimena Blanco Mendoza
FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
14139	EVA YOSENI MEDINA TORRES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS MEDIANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. C01.PCCNTR.2230900 DE 2021, CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR DEL CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL D E ARAUCA, PARA EJERCER ENEL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, BAJO LA MODALIDAD POR HORAS, EN DESARROLLAR PROCESOS DE COMUNICACIÓN EFICACES Y EFECTIVOS, TENIENDOEN CUENTA SITUACIONES DE ORDEN SOCIAL, PERSONAL Y PRODUCTIVO, PARA LA VIGENCIA 2021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2881734-4 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **DORA GIMENA BLANCO MENDOZA** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13516205 expedida el día 06 de Febrero de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en CUCUTA a los 06 días del mes de Febrero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2881734–4 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **DORA GIMENA BLANCO MENDOZA** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13516205 expedida el día 06 de Febrero de 2021 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en CUCUTA a los 06 días del mes de Febrero de 2021.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Saravena, 02 de marzo 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	**1115745144**	**JORGE THIAGO SUAREZ BLANCO**	**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: Dora Gimena Blanco Mendoza

C.C. 63.556.586

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2472926

NUIP 1.115.745.144

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SUAREZ BLANCO JORGE THIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	7	Mes	O	C	T	Día	0	2	MASCULINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	7	Mes	O	C	T	Día	0	5	0057058619

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BLANCO MENDOZA DORA GIMENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 63.556.586	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SUAREZ SILVA JORGE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 88.031.491	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SUAREZ SILVA JORGE

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 88.031.491

Espacio para notas

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 21225491-6

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA ARAUCA SARAVENA — Código: W 2 K

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2017 Mes OCT Día 05

Nombre y firma del funcionario
EDGAR EDUARDO NIETO PEÑARANDA
Registrador del Estado Civil