

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CHOCÓ</p> <p>SERVICIO NACIONAL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADO A LA F</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	27
	Código Centro	952210
	Fecha Elaboración	Marzo de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	31996-371140
No. de documento	27127	

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ALVARO GUTIERREZ HERRERA	C.C.	11.812.081
Correo electrónico contratista:	alvarog@sena.edu.com	IP/N° de contacto	3135946536
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 ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	433030076481
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			
N° del contrato:	2274602/2021	N° Compromiso SIIF	10621
Valor Total del Contrato	\$ 33.608.520	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 33.608.520	Periodo objeto de pago	Del 19/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 32.476.893	Comisiones	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 1.131.627,00		

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)			
CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PARA LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN EN LAS COMPETENCIAS TRANSVERSALES DE: AMBIENTAL, ETIC			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.131.627	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.131.627	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 569.598	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 569.598,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 872.627,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 4.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8551 1.745,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Pro Utch 11.316,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 113.163		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 1.118.566,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 189.866		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -		

SON: UN MILLÓN CIENTO DIECIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
CAPACITACION Y PRESENTACION ENTRE INSTRUCTORES DE COMPETENCIAS BASICAS Y TRASVERSALES			
REUNION CON INSTRUCTORES TRASVERSALES Y DE COMPETENCIAS BASICAS PARA SOCIALIZAR PROYECTOS Y ESTRUCTURAS CURRICULARES Y PLANEACION.			
PLANEACION PEDAGOGICA CON LOS INSTRUCTORES TECNICOS Y ASIGNACION DEL HORARIO EN EL PROGRAMA DE FORMACION.			

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.	ALVARO GUTIERREZ HERRERA EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS INSTRUCTOR G18

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO
--

NUEVA EPS S.A

Certifica

42 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 11812081 ALVARO GUTIERREZ HERRERA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A Mas de 26

Fecha Afiliación 01/03/2016 Estado Cotizante ACTIVO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado 01/12/2020 Causal ACTIVO4

Fecha Cancelación 00/00/0000

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afiliado	Parent.	Beneficiarios	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado	Causal
CC 1003983997	BENEFICIARIO	Compañero(a)	LUZ NELLY RENTERIA PALACIOS	01/04/2018	24	ACTIVO	ACTIVO4
RC 1077474038	BENEFICIARIO	Hijos	ARIANNA ISABELLA GUTIERREZ RENTERIA	01/04/2018	4	ACTIVO	ACTIVO4
TI 1077446758	BENEFICIARIO	Hijos	CYNTHIA MARCELA GUTIERREZ RENTERIA	01/05/2018	Mas de 26	ACTIVO	ACTIVO4

La presente certificación se expide el día 11 de Febrero de 2021 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

ENDER CHAVERRA CORDOBA
ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALVARO GUTIERREZ HERRERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11812081**, se encuentra afiliado/a desde **18/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de febrero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14360569601



(415)7707212489984(8020) 000001436056960 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 8 1 2 0 8 1

1

Impuestos y Aduanas de Quibdó

1 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 8 1 2 0 8 1

27. Fecha expedición

1 9 9 9, 0 8, 2 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

GUTIERREZ

32. Segundo apellido

HERRERA

33. Primer nombre

ALVARO

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CL 38 9 53 BRR MIS ESFUERZOS

42. Correo electrónico

alvarewis@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 1 3 5 3 6 0 2 8 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 5 1

2 0 1 6, 0 1, 1 8

8 5 4 1

2 0 1 6, 0 1, 1 8

8 5 4 2

2 3 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

2016 - 01 - 18

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 PEREA COSSIO DARWIN

985. Cargo Gestor I



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA DE INGRESO	☒	EVALUACION MEDICA PERIODICA	EVALUACION MEDICA DE RETIRO
EVALUACION MEDICA DE REUBICACION		OTRO:	

NOMBRE DEL PACIENTE: ALVARO GUTIERREZ HERRERA	EDAD (AÑOS): 39
C.C: 11.812.081	EMPRESA: SENA REGIONAL CHOCO
FECHA: 08/02/2021	CIUDAD: QUIBDO CARGO: INSTRUCTOR

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen de ingreso solicitado por ustedes.
Con el siguiente resultado, después de la valoración médica:

TIPO DE EXAMEN MEDICO			
EXAMEN MEDICO	☒	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	-
OTRO:			

NO SOLICITAN PARACLINICOS	☒
---------------------------	-------------------------------------

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO											
		N	A			N	A			N	A
ESPIROMETRIA	-			PARCIAL DE ORINA	-			P.COCAINA	-		
ELECTROCARDIOGRAMA	-			SEROLOGIA TIPO II	-			P. MARIHUANA	-		
VISIOMETRIA	-			SEROLOGIA	-			HEMOCLASIFICACION	-		
OPTOMETRIA	-			GLICEMIA	-			F.REUMATOIDEO	-		
AUDIOMETRIA	-			COLESTEROL	-			COPROLOGICO	-		
OTRO(S):	-			TRIGLICERIDOS	-						
				PERFIL LIPIDICO	-						
				CUADRO HEMATICO	-						

N: Normal – A: Alterado-

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a), Médico Especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada anteriormente puede laborar:

APTO SIN RESTRICCION

APTO CON RESTRICCIONES QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL

APLAZADO

X
-
-

Recomendaciones médicas para el trabajador:

ADOPTAR HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL ADECUADA
MANEJO ADECUADO DE LA VOZ Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS
PAUSAS ACTIVAS
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CARGO
CONTROL DE PESO
CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS
VISIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____
AUDIOMETRÍA - Control Semestral _____ Anual _____
OPTOMETRIA - Control Semestral _____ Anual _____
OTRAS: CUMPLIR PROTOCLOS DE BIOSEGURAD - AUTOCUIDADO

X
-
X
X
-
-
-
-
X

Restricciones medicas ocupacionales: NINGUNA

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud."

FIRMA DEL MEDICO
Lic. No:
R.M:

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

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



Hace constar:

Que el Sr(a) ALVARO GUTIERREZ HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11812081 realizó el día 24/02/2021 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 ALVARO GUTIERREZ HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11812081 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.

ALVARO GUTIERREZ H.
Firma

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

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

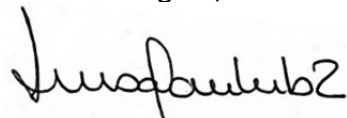
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ALVARO GUTIERREZ HERRERA, con Cédula Ciudadanía No. 11812081 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 03/03/2021 y fecha fin de contrato 16/12/2021 con riesgo 2 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): 20210101345559.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



Banco Agrario de Colombia

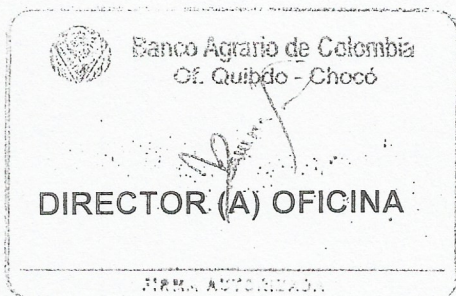
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: GUTIERREZ HERRERA ALVARO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 11812081, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-330-30-07648-1, con una antigüedad de OCHO (8) año(s).

Se expide en QUIBDO, a los cinco (05) días del mes de febrero de 2021, con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO





NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN			SUCURSAL MEDELLIN			COD.SUC 65		NO.PÓLIZA 65-44-101194219		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 19 02 2021			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 19 02 2021			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 16 04 2022		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL GUTIERREZ HERRERA, ALVARO										IDENTIFICACIÓN CC: 11.812.081	
DIRECCIÓN: BARRIO MIS ESFUERZOS						CIUDAD: QUIBDO, CHOCO				TELÉFONO: 3206530799	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO										IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108						CIUDAD: QUIBDO, CHOCO				TELÉFONO 6723800	
ADICIONAL:											

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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO.2274602 DE 2021; RELACIONADA CON CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE DIECISIETE(17) INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION EN LAS COMPETENCIAS TRANSVERSALES DE: AMBIENTAL, ETICA, CULTURA FISICA, EMPRENDIMIENTO Y SALUD OCUPACIONAL E INGLES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/02/2021	16/04/2022	\$3,360,852.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,320.00	\$ *****33,320.00	\$ *****3,360,852.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-44-101194219

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

ALVARO GUTIERREZ H

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

DLF004607A

1



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN			SUCURSAL MEDELLIN			COD.SUC 65	NO.PÓLIZA 65-44-101194219	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
19 02 2021	19 02 2021		00:00	16 04 2022		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL GUTIERREZ HERRERA, ALVARO	IDENTIFICACIÓN CC: 11.812.081
DIRECCIÓN: BARRIO MIS ESFUERZOS	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO
	TELÉFONO: 3206530799

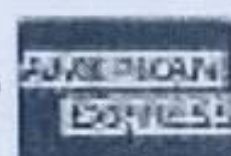
DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO
	TELÉFONO 6723800

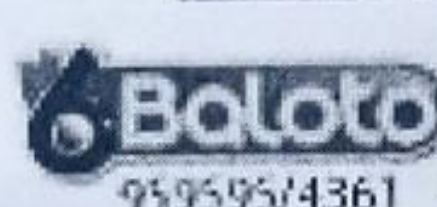
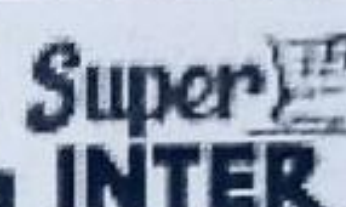
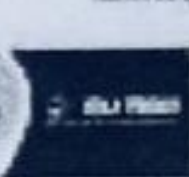
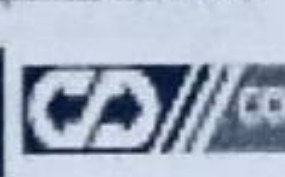
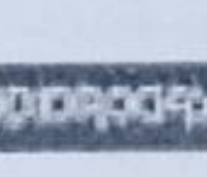
ADICIONAL:



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****5,320.00	TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****3,360,852.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11012615330219 (3900) 000000033320 (96) 20220219

REFERENCIA
PAGO:

1101261533021-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza N° 101194219, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en MEDELLIN a los 19 días del mes de FEBRERO de 2021

65-44-101194219

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 26 de febrero de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de 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	1077474038	ARIANNA ISABELLA GUTIERREZ RENTERIA	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,

ALVARO GUTIERREZ H.

FIRMA

Nombre: ALVARO GUTIERREZ HERRERA
C.C. 11 812 081 de Quibdó

GNF-4-015 V.02

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.077.474.038

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54621947

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 7 H

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

REGISTRADURIA DE QUIBDO - COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido GUTIERREZ Segundo Apellido RENTERIA
Nombre(s) ARIANNA ISABELLA
Fecha de nacimiento Año 2015 Mes ENE Día 23 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 12724309-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RENTERIA PALACIOS LUZ NELLY
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.005.983.997 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GUTIERREZ HERRERA ALVARO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 11.812.081 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GUTIERREZ HERRERA ALVARO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 11.812.081 Firma ALVARO G. H.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de Identificación (Clase y número)
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de Identificación (Clase y número)
Firma

Fecha de Inscripción Año 2015 Mes FEB Día 12
Nombre y firma del funcionario que autoriza ADIELA VALOIS CORDOBA (E) - REGISTRADORA
Firma

Reconocimiento paterno
Firma ALVARO G. H.
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Adhesivo Copia Registro Civil

43003632-4