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 BOYACÁ
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL- BOYACA - BIENESTAR
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	15
Código Centro	930510
Fecha Elaboración	Marzo de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1.21
ID de Proceso	08007-720830
No. de documento	45426

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE				
Correo electrónico contratista:	masuarezpa@sena.edu.co	**C.C.**	40.039.117	**IP/Nº de contacto**	0
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**	25879448703
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:	2296375/2021		**Nº Compromiso SIIF**	17921		
Valor Total del Contrato	$ 16.778.999	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.778.999	1	**Del** 01/03/2021	**Al**	31/03/2021	**$ 1.661.287,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.117.712		Comisiones		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal para apoyar procesos administrativos en la oficina de Fomento del Bienestar y Liderazgo del Aprendiz en los diferentes procesos y procedimientos para el desarrollo del plan estratégicos de bienestar, igualmente apoyar operativamente en la planeacion y etapa pre contractual de los procesos de contratacion del área, elaboración de resoluciones y

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.661.287	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	**$ 1.661.287**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 874.640**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**Marzo**	**Febrero**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 132.500	
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	$ 103.600	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 291.547	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	874.640,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.402.287,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$ 1.661.287,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistir al entrenamiento virtual en las plataformas y capacitaciones de los diferentes procesos que se realizan.
Realizar lectura de los diferentes manuales para facilitar el proceso de las actividades a realizar.
Asistir a las reuniones y capacitaciones que se realizaron y elaboración de las respectivas actas y resoluciones.
Elaboración de correspondencia, archivo y servicio al cliente interno y externo.
Diligenciamiento formato Excel de la planeación mensual y de igual manera verificación de los Excel de planeacion de los compañeros
Realizar los respectivos registros o eventos de las actividades en SENA SOFIA PLUS.
Revisar documentos pdf para cobro de cuentas de los contratistas de la oficina de bienestar.
Conocimiento del plan de bienestar con las obligaciones y conocimientos del cronograma.
Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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 periodo 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 CRISTINA LOPEZ NI?O
PROFESIONAL G02

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

LIDYA YOLANDA MARTINEZ SILVA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Certificación
de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE , Identificada con Cédula Ciudadanía 40.039.117, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE		
Número de Identificación:	40039117	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	cra 14 c n 7 18	Municipio residencia:	Tunja
Teléfono actual de residencia:	3124505329	Depto. Residencia:	BOYACA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
40039117	MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE	18/02/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Marzo de 2021, a solicitud del interesado.

"INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION"

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro:

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14670842571

(415)7707212489984(8020) 000001467084257 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 3 9 1 1 7	8	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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	40039117	1993/11/29

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	PANCHE	MARIA	ANGELICA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 A 15 B 17 BRR CONSUELO

42. Correo electrónico: mariangelsup@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 5 0 5 3 2 9	

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 11 - 14

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:

Mariangel Suárez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DIAZ PARRA HERNAN DARIO

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 22-02-2021 06:16:54PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.136

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	02 MES	2021 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	**SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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	
SUAREZ PANCHE MARIA ANGELICA	FEMENINO	45 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	Tipo: CC	Número: 40039117

Cargo
ADMINISTRATIVO

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:

CONSULTA DE PSICOLOGIA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMATICO	✓
EXAMEN DE VISIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA PRE	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION MEDICA, OSTEMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, VALORACION VISUAL, LABORATORIOS (CUADRO HEMATICO, GLICEMIA, Y PERFIL LIPIDICO SATISFACTOSIOS, LO CUAL LA DECLARAN APTA FISICA Y PSICOLOGICAMENTE PARA EL CARGO

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS

R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122

Código de Seguridad
F641L1R9136

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SUAREZ PANCHE MARIA ANGELICA

CC: 40039117



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039117 realizó el día 17/03/2021 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 MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039117 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 -

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

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 MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40039117, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/02/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012557028.

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 26/02/2021 3:35:07 p. m.
ISCDC: 26/02/2021 3:35:07 p. m.

Certificado Bancario

Lunes, 22 de febrero de 2021

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite iformar que MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE identificado(a) con CC 40039117, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	25879448703	2012/02/08	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2020
Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2019

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6003046049

PÓLIZA No: 600 - 47 - 994000060512 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA COD. AGENCIA: 600 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
25	02	2021	25	02	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **MARIA ANGELICA SUAREZ PANCHE** IDENTIFICACIÓN: CC **40.039.117**

DIRECCIÓN: KR 8 A 15 B 17 MZ A CA 26 CIUDAD: TUNJA, BOYACA TELÉFONO: 7885200

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA** 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	24/02/2021	30/04/2022	1,677,899.90

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

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 CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2296375, DE FECHA 24 DE FEBRERO DE 2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA OFICINA DE FOMENTO DEL BIENESTAR Y LIDERAZGO DEL APRENDIZ EN LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATEGICOS DE BIENESTAR, IGUALMENTE APOYAR OPERATIVAMENTE EN LA PLANEACION Y ETAPA PRE CONTRACTUAL DE LOS PROCESOS DE CONTRATACION DEL AREA, ELABORACION DE RESOLUCIONES Y CORRESPONDENCIA, ARCHIVO Y SERVICIO AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO, REGISTRO CALIFICADO DE PROGRAMAS. Y DEMAS ESPECIFICACIONES DEL PRESENTE CONTRATO.
SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO ES EL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL SENA REGIONAL BOYACA NIT: 899.999.034-1 DERECCION: CALLE 19 No 12 29 TUNJA TELEFONO: 7422220

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,677,899.90	$ **********16,000	$******9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ELAR SEGUROS LTDA ELAR SEGUROS LTDA	9510	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.

(415)7701861000019(8020)000000000007000600304604

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

C8D8207B0F0BFA7E5B

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL BOYACA
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL

ESTAMPILLAS PRO DESARROLLO UPTC REQUERIDAS PARA PAGOS CONTRATOS

NOMBRE CONTRATISTA: MARÍA ANGÉLICA SUAREZ PANCHE

MES CANCELADO: MARZO

V/R ESTAMPILLAS: _ #######

No. 4 Fecha: 17/03/2021

NOMBRE SUPERVISOR: MARIA CRISTINA LOPEZ NIÑO



Firma contratista

Firma supervisor