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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - 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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**52235-806027**
No. de documento	**154226**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ	**C.C.**	98.387.418	**IP/Nº de contacto**	3154741185
Correo electrónico contratista:	mg.carloslopez@gmail.com				

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 CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24091640448	
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:	2629199/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**44621**	
Valor Total del Contrato	$ 9.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.100.000	**1**	**Del**	**08/07/2021**	**Al**	**31/07/2021**	**$ 2.990.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.110.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.2629199 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES D

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.990.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.990.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.986.825**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	**Junio**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Dec. 1273. 2018**	Valor Base retención en la fuente	1.986.825,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.196.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.649.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.400	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.300	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8523	5.298,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	14.950,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 662.275		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.969.752,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe del estado en el que se encuentran las estructuras y elementos necesarios para empesar a desarrollar los procesos de formacion de trabajo seguro en alturas TSA, nivel avanzado y reentrenamiento con el fin de adelantar, establecer he inplementar las directrices establecidas por la res. 1409 de 23 de julio del 2014 y Res. 1178 del 2017, que busca salvaguardar la salud he integridad de los apren dices en formación

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.



CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

COMFAMILIAR N·A·R·I·N·O E.P.S.

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DE SALUD DE EPS COMFAMILIAR DE NARIÑO

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ

Identificación : CC 98387418

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente

Municipio: PUPIALES

Categoria: A

IPS Asignada CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA DE PUPIALES ESE

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 01/06/2021

Regimen: ***CONTRIBUTIVO***

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Documento del Aportante	*Razon Social*	*Fecha Inicio*
98387418	CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ	01/06/2021

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

Identificación	*Nombre*	*Fecha Movilidad*	*Estado*	*Tipo*	*Fecha Retiro*

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe en la Ciudad de San Juan de Pasto(N) , el día 06 de julio de 2021.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

HECTOR ENRIQUE VILLOTA ROMO
Subdirector De Salud
EPS COMFAMILIAR DE NARIÑO

Proyectó: **CONTRIBUTIVO AURA G LOPEZ ESCOBAR**
NO APLICA
EPS COMFAMILIAR DE NARIÑO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14766197369

(415)7707212489984(8020) 000001476619736 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 8 3 8 7 4 1 8	2	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 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	98387418	1992-07-31

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	DIAZ	CARLOS	ARTURO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

41. Dirección principal: CR 18 A 10 A 68 BRR ATAHUALPA

42. Correo electrónico: mg.carloslopez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 4 7 4 1 1 8 5	

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 6 0	1996-06-03	8 5 5 1	1996-06-03					

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 - 06 - 25 / 23 : 46: 57

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 LOPEZ DIAZ CARLOS ARTURO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL
E INTEGRAL IPS SAS
Tel. 737 5555 Cel. 315 460 2580- 313 601 3774
Cra. 31C No 18-44 Las cuadras- Sector Parque Infantil
isisgerenciade@gmail.com
NIT: 900906622 - 5



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.168

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	07 MES	2021 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

LOPEZ DIAZ CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 1 MESES 12 DÍAS	CC	98387418
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

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:

OPTOMETRIA	✓	GLICEMIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	----------	

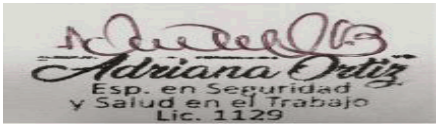
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : DE FORMA SEGURA Y CORRECTA	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE : MINIMO 15 MINUTOS DIARIOS
	CAPACITACIÓN : SEGUN CARGO A DESEMPEÑAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HACER PARTICIPE DE SGSST DE LA EMPRESA
SE RECOMIENDA DISMINUCIÓN CONSUMO DE FRITOS AZÚCARES SAL HARINAS
SE RECOMIENDA MÁS CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS, CONSUMO DE AGUA
SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
SE RECOMIENDA CONTROL EN PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EN SU EPS
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y EN FORMA CORRECTA
SE DAN RECOMENDACIONES PREVENTIVA DE CONTAGIO DE COVID -19 ADHERENCIA PROTOCOLO DE LA EMPRESA
CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL

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: ORTIZ GUERRERO ADRIANA CAROLINA

R. M.: 522325 **L.S.O.:** 1129

Código de Seguridad

C496I1O2168

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: LOPEZ DIAZ CARLOS

CC: 98387418

Orden No. 0210702902

Laboratorio Clínico Especializado Unibac

NIT: 814006887-6

Calle 18 N° 30 - 72 Piso 2, Tel: 7316504-7315901, Pasto - Nariñ

Nombre: CARLOS LOPEZ DIAZ
Identficación: CC 98387418 Edad: 47 años Sexo: M
Teléfono(s). 3154741185 Cama:
Centro: PARTICULAR - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Médico: UNIBAC
Fecha Toma : 2/07/2021 7:39:06 a. m.
Resultado Validado: 02/07/2021 12:23
Impreso: 2/07/2021 - 2:42:59 p. m.

REPORTE DE RESULTADOS

HEMOGRAMA IV MÉTODO AUTOMÁTICO

Técnica: Impedancia/Histogramas

WBC	**9.5**	x 10^3	4 - 11	NE%	**61.4**	%	50 - 70
LY%	**32.9**	%	20 - 40	MXD%	**5.7**	%	0 - 8
NE#	**5.9**	x 10^3	2 - 7	LY#	**3.1**	x 10^3	0.8 - 4
MXD#	**0.5**	x 10^3	0 - 8	RBC	**4.12**	x 10^6	4 - 5.5
HGB	**14.4**	g/dL	12 - 16	HCT	**42.4**	%	36 - 54
MCV	**103.1**	fL	80 - 100	MCH	**34.9**	pg	27 - 34
MCHC	**33.9**	g/dL	32 - 36	RDW_CV	**14.3**	%	11 - 16
RDW-SD	**54.2**	fL	35 - 56	PLT	**290**	x 10^3	150 - 450
MPV	**9.1**	fL	6.5 - 12	PDW	**15.2**		9 - 17
PCT	**0.263**	%	0.108 - 0.282				

Grafico LEU

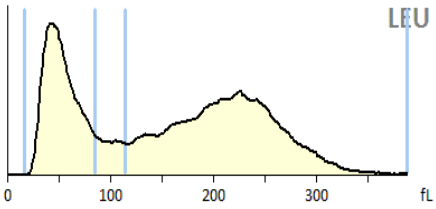


Gráfico ERI

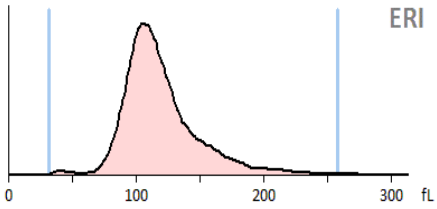
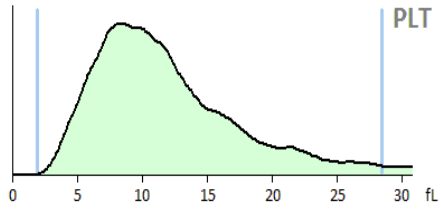


Gráfico PLT



DIFERENCIAL MANUAL

Neutrofilos: 63%
Linfocitos: 33%
Monocitos: 4%

Blaca Alicia Valenzuela M.
Bacterióloga
U. Católica de Manizáles
R.P. 531794

Orden No. 0210702902

Laboratorio Clínico Especializado Unibac

NIT: 814006887-6

Calle 18 N° 30 - 72 Piso 2, Tel: 7316504-7315901, Pasto - Nariñ

Nombre: CARLOS LOPEZ DIAZ	Médico: UNIBAC
Identficación: CC 98387418 Edad: 47 años Sexo: M	Fecha Toma : 2/07/2021 7:39:06 a. m.
Teléfono(s). 3154741185 Cama:	Resultado Validado: 02/07/2021 14:42
Centro: PARTICULAR - Servicio: CONSULTA EXTERNA	Impreso: 2/07/2021 - 2:42:59 p. m.

REPORTE DE RESULTADOS

GLUCOSA EN SANGRE

Técnica: Colorimétrica Enzimática

GLUCOSA	**88** mg/dL	
Intervalo Biológico de Referencia:		Adultos: 70 - 110 mg/dL Neonatos Prematuro 25 - 80 mg/dL Neonatos a Termino 30 - 90 mg/dL

PERFIL LIPIDICO

Técnica: Colorimétrica Enzímatica

TRIGLICERIDOS	**111** mg/dL	
Intervalo Biológico de Referencia:		Dudoso: 150 - 199 mg/dL Alto: 200 - 499 mg/dL Muy Alto: > 500 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	**156** mg/dL	
Intervalo Biológico de Referencia:		Optimo: Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado: > 240 mg/dl Niños: < 4 semanas: 50-170 mg/dl 2-12 meses: 60-190 mg/dl > 1 año: 110-230 mg/dl
COLESTEROL HDL O ALTA DENSI	**52** mg/dL	
Intervalo Biológico de Referencia:		Hasta 35 mg/dl Riesgo elevado >60 mg/dl Riesgo bajo
COLESTEROL LDL O BAJA DENSI	**81.80** mg/dL	66 - 170
COLESTEROL VLDL	**22.20** mg/dL	20 - 30
INDICE ARTERIAL	**3.00**	
Intervalo Biológico de Referencia:		Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular > 3.5

Dra. Adriana Guerra M.
Bacterióloga
Universidad Católica
RP 006068

OPTICENTER D&M

|-+

15.

Diana Alejandra García Ch.
Nit 59.836.375-1

FECHA: julio 2- 2021
NOMBRE: carlos lopez diaz
EDAD: 47 años.
No.CEDULA: 98387418.
OCUPACION. Instructor.
PROCEDIMIENTO: optometria.

ANTECEDENTES PERSONALES: Nnw.

AGUDEZA VISUAL SIN COPRRECCION:

	VL	VP
OD:	20/ 100	OD: 20
OI:	20/ 200.	OI: 20

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION:

	VL	VP
OD:	20/25	OD: 25
OI:	20/25	OI: 25

FONDOSCOPIA: Nnal

MOTILIDAD OCULAR: Nnal

EXAMEN EXTERNO: Nnl.

VISION CROMATICA: Nnal

DIAGNOSTICO: ① Astigmatismo Mixto AO.
② Ambliopia

CONDUCTA: → uso de corrección optica permanente
② control periodico

Diana Ale García Ch.
OPTOMETRA ULS
Reg. 521125

DIANA GARCIA

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98387418 realizó el día 16/07/2021 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 CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98387418 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 -

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 98387418, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/07/2021 y fecha fin de contrato 31/08/2021 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): 202101017224054.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Julio de 2021.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 21/07/2021 4:33:00 p. m.
ISCDC: 21/07/2021 4:33:00 p. m.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CARLOS ARTURO LOPEZ DIAZ Identificado con CC 98387418

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina CALLE 20 PASTO, con las siguientes características:

Número:	24091640448
Fecha de apertura:	31 de Enero de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, el 27 del mes Junio de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101011819	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
07	07	2021	07	07	2021	00:00	10	01	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	LOPEZ DIAZ CARLOS ARTURO			Identificación:	98387418
Dirección:	CALLE 11 NO 17 - 72	Ciudad:	PASTO - NARIÑO	Teléfono:	3154741185

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGAS AGROINDUSTRIALES CTA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CR 9 12 141	Ciudad:	CARTAGO - VALLE	Teléfono:	2119999

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2629199 DEL AÑO 2021 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMOINSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL,ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADASDE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LASACCIONES DE FORMACIÓN REGULAR PROGGRAMADAS POR ELCENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

AMPAROS

RIESGO:	PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		07/07/2021	10/01/2022	$ 910,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 910,000.00	07/07/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es **CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI**

98387418

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101011819, anexo 0, no expirará 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 CALI, a los 7 días del mes de Julio de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

4361 irecaudo

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES
Nit. 860009578-6

Referencia de Pago Nro:	10000030532341
Fecha Emisión:	07/07/2021

		Fecha de Pago		
		DIA	MES	AÑO
Consignado Por:	Carlos Lopez Diaz			
Valor a Pagar:	$33,320.00			

Cantidad de Documentos a Pagar 1

Fecha de Vencimiento de la Boleta 12/07/2021

Debe tener sello y firma de la entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

CLIENTE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

4361 irecaudo

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES
Nit. 860009578-6

Referencia de Pago Nro:	10000030532341
Fecha Emisión:	07/07/2021

	Fecha de Pago		
Nombre de quien realiza la consignación	DIA	MES	AÑO
Carlos Lopez Diaz			

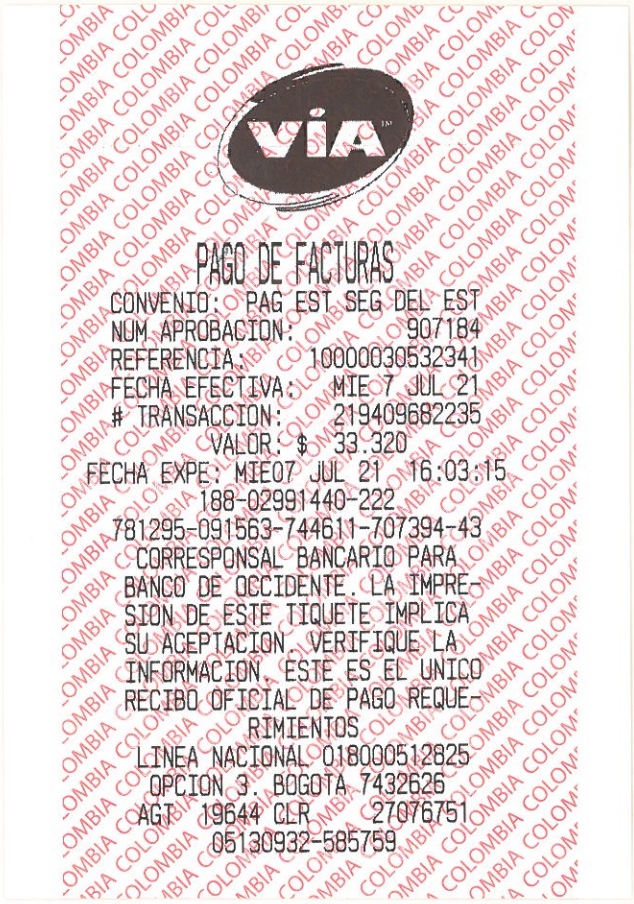
Teléfono		TOTAL A PAGAR :	$33,320.00

(415)7709998021167(8020)10000030532341(3900)00000000033320(96)20210712

CAJERO

Lugares de Pago: Baloto: Ref 959595 4361 -10000030532341 | Grupo Éxito (Carulla Éxito, Surtimax) | Cajeros ATH | Edeq | Colsubsidio | MovilRed | Copidrogas | La 14

[Usuario Genera: 98387418]



PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: PAG EST SEG DEL EST
NUM APROBACION: 907184
REFERENCIA: 10000030532341
FECHA EFECTIVA: MIE 7 JUL 21
TRANSACCION: 219409682235
VALOR: $ 33.320
FECHA EXPE: MIE07 JUL 21 16:03:15
188-02991440-222
781295-091563-744611-707394-43

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUERIMIENTOS

LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 19644 CLR 27076751
05130932-585759