

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	5
	REGIONAL ANTIOQUIA		Código Centro	950410
	COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO-ANTIOQUIA - EMPRENDE RU		Fecha Elaboración	Setiembre de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	83822-793602
			No. de documento	204152

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO	C.C.	1.102.818.261
Correo electrónico contratista:	ijalvarez16@misena.edu.co	IP/N° de contacto	44224
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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	50789578548
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:	2821961/2021	N° Compromiso SIIF	158521
Valor Total del Contrato	\$ 12.968.960	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.968.960	Periodo objeto de pago	Del 07/09/2021 Al 30/09/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.917.440	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TECNICO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURA	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.051.520	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.051.520	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.027.715	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	Setiembre	Agosto	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.220.608	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 2.027.715,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 152.600	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 2.703.620,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 195.300	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 12.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Jaime Isaza Cadavid 12.206,00
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	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 675.905		VALOR A PAGAR \$ 3.039.314,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
ESTRUCTURACION DE SISTEMAS AGROFORESTALES CON ENFOQUE DE REDUCCION DE EMISIONES CAUSADAS POR DEFORESTACION	

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.	INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO 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, LUZ ELENA PATINO OROZCO 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

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



Bogotá, Agosto 29 de 2021

Señora:
ALVAREZ BERRIO INGRITH JOHANA
CC. 1102818261
CL 4 22 220 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 8 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALVAREZ BERRIO INGRITH JOHANA	1102818261	C	Jun-8-2021	0	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO	1102818261	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**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:

INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.818.261**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Agosto 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.

**SOIT S.A.S**

NIT 900364179-6

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONALVersión: 1.0
01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	SENA			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO			FECHA	SEPTIEMBRE 02 2021
CEDULA	1.102.818.261	EDAD	32	HORA	7:30 A.M.
CARGO TRABAJADOR	INSTRUCTOR				
EPS	SALUD TOTAL		ARL		

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL	X		FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS	X		COPROLOGICO			HDL	X
GLICEMIA	X		BK			LDL	X
P. ORINA			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA	X		RX DE COLUMNA			ENFASIS CARDIOVASCULAR	X
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
SEROLOGIA			OPTOMETRIA	X			
KOH			AUDIOMETRIA				

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	X
LENTES PROTECCION UV		VALORACION NUTRICION	
LENTES PERMANENTES		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA	

 Fernando Garcia Garcia MÉDICO GENERAL SLUD OCUPACIONAL LMSO 760	INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO 1.102.818.261
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: Cra. 5 N° 15-45 Piso 1 Local 1 A B/El Progreso Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329 soitsas2010@hotmail.com soitsas2014@gmail.com

IPS SOIT SAS

Nit:9003641790
CR 5 # 15-45 P 1 L 4 BARRIO EL PROGRESO
TOLU - SUCRE
5-2882519 313-5675691
soitsas2010@hotmail.com

HISTORIA CLINICA No 1102818261

TIPO DOCUMENTO CC

FECHA 2021-09-02

APELLIDOS ALVAREZ

NOMBRES INGRID

EDAD 33 - AÑOS SEXO F

ESTADO CIVIL SOLTERO

F. NACIMIENTO 1988-09-09

DIR.RESIDENCIA .

TELEFONO .

ASEGURADORA PARTICULAR

REGIMEN CONTRIBUTIVO

QUIMICA SANGUINEA**VALORES NORMALES**

GLICEMIA .	mg/dl [Adultos 70 -115 mg/dl]-[Niños 70-80 mg/dl]
COLESTEROL TOTAL 152	mg/dl [Hasta 200 mg/dl]
COLESTEROL HDL 39	mg/dl [30 - 65 mg/dl]
TRIGLICERIDOS 131	mg/dl [35 - 160 mg/dl]
CREATININA 0.9	mg/dl [Hombre: 0,7 - 1,3 mg/dl]-[Mujer 0,6 - 1,1 mg/dl]

Maicol Martínez Martínez
C.C. 92231428
Bacteriologo
U. Pamplona/Norte de Santander

Dr(a)

Esp

Reg

Fecha AGOSTO 17- 2.021

No.

Nombre del Paciente INGRID J. ALVAREZ

HEMOGRAMA

CUADRO ROJO	CUADRO BLANCO
Hemates por mm 4.000.000	Leucocitos 9.500 mm
Hemoglobina gm % 12.6 Gms	Promielocitos
Hematocrito % 38%	Mielocitos
C.H.C.M.	Metamielocitos
H.C.M.	P. Neutrófilos Segmentado 59%
V.C.M.	P. Cuyados
ERITRO SEDIMENTACION	P. Eosinófilos 2%
mm en 1 hora	P. Basófilos
Corregida	Linfocitos 39%
RECUENTO DE RETICULOCITOS	Monocitos
VALORES NORMALES	NORMOBLASTOS POR
RECUENTO DE PLAQUETAS	100 LEUCOCITOS
VALORES NORMALES	

EXTENDIDO PERIFÉRICO

URIANALISIS

EXAMEN FISICO	EXAMEN MICROSCOPICO
Color	Células Epiteliales
Olor	Leucocitos
Aspecto	Piocios
Reacción	Hemates
Densidad	Bacterias
Sedimento	Cilindros
EXAMEN QUIMICO	
Albumina	Levaduras
Glucosa	Moco
Cetona	Cristales
Bilirubina	
Urobilinogeno	
Sangre	
Nitros	

COPROLOGICO

Consistencia	Color
Leucocitos	Moco
Piocios	Sangre macroscópica
Levaduras	Jabones
Hemates	Almidones Extra
Residuos Vegetales	Almidones Intra
Fibras Vegetales	
Fibras Musculares	
Globulos de Grasa	

EXAMEN PARASITOLOGICO

A) PROTOZOARIOS	QUISTES	TROFOZOITOS
End. Histolítica		
End. Coli		
Endolimax Nana		
Giardia Lambia		
B) HELMINTOS	HUEVOS G/M	LARVAS
Ascaris		
Tricocéfalo		
Unicinaria		
Strongiloides - sterc		
Tenia: Solium		
Saginata		
Hymenolepsis		

Atentamente:

Patricia Canales Revollo
Bacteriologa - U. Metropolitana

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	RESULTADO	V. NORMAL
Glicemia	86 mgs	70-100 mg %
Glicemia Post prandial		70-140 mg%
Creatinina		
N. Ureico	2.0 mgs	H=0.7-1.2 M=0.5-1.0 mg%
Urea		8.0-22 mg%
Acido Urico		20 - 40 mg%
Bilirubina Total		H=3.5-7.0 M=2.5-6.0 mg%
Bilirubina Directa		Hasta 1.0 mg%
Bilirubina Indirecta		Hasta 0.25 mg%
GOT		Hasta 0.75 mg%
GPT		Hasta 0 - 40 U/L
Fosfatasa Acida Total		Hasta 0 - 41 U/L
Fosfatasa Acida Prostatica		Hasta 11 U/L
Amilasa		Hasta 120 UA/ml
LDH		Hasta 240 u/l
Proteinas Totales		6.1 - 7.9 g/dl
Albumina		3.5 - 4.8 g/dl
Globulina		2.4 - 3.6 gr %
Relación A/G		1.2 - 2.2
Calcio		8.5 - 10.5 mg/dl
Fósforo		H=4.0-6.5/A2.5-4.5 mg dl
Triglicéridos		Hasta 160 mgs%
Colesterol Total		Hasta 200 mg%
Colesterol HDL		H=35 - 55 M=45-65 mg%
Colesterol LDL		Menos de 172 mg%
Colesterol ULDL		Menos de 43 mg %
Lípidos Totales		400 - 800 mg%
Indice Aterogénico		
Aspecto del Suero		

PRUEBA DE COAGULACIÓN

RESULTADO	V. NORMAL
Tiempo de Sangría	1 - 3 minutos
Tiempo de Coagulación	7 - 10 minutos
Tiempo de Protrombina	12 - 14 segundos
T. P.T.	35 - 45 segundos
Recuento de Plaquetas	140.000 - 440.000
Adhesividad Plaquetaria	15 - 45 %
Refracción de Coágulo	
Prueba del Lazo	

Grupo Sanguíneo:

Rh: _____

Serología (Vdrl) _____

R.A. Test _____

Proteína C. Reactiva _____

Monotest _____

Células L.E. _____

Título A S T O _____

Normal _____

Gravindex _____

SEROAGLUTINACION PARA FEBRILES

Tiphyco "O" _____

Tiphyco "H" _____

Parotiphyco "A" _____

Parotiphyco "B" _____

Brucellas Abortus _____

Proteus Ox19 _____

HEMOPARASITOS

Gota Grasa _____



SOIT S.A.S.

Salud ocupacional integral para el trabajador
NIT. 900364179-6

Calle 16 No. 5-01 • Santiago de Tolú - Sucre
Tels. 313 5675691 - 301 5119745 - 846 73 29

e-mail: soitsas2010@hotmail.com

soitsas2014@gmail.com

www.soitsas.com

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA

FECHA: 02-09-2021 EDAD: 32 años
NOMBRE: Ingrid Johana Alvarez Barrio
EMPRESA: SENA
CARGO: Instructora
MOTIVO DE CONSULTA: Control

ANTECEDENTES PERSONALES: OK salud, Alergia: AINES, Der: Estrabismo
pero AO (hace como 20 años). No fumar. No
Rx.

EXAMEN:

AGUDEZA VISUAL LEJANA <u>sf</u> C.C.	O.D. <u>20/25</u>	O.I. <u>20/25</u>
AGUDEZA VISUAL CERCANA <u>sf</u> C.C.	O.D. <u>05</u>	O.I. <u>05</u>
AGUJERO ESTENOPÉDICO	O.D. _____	O.I. _____

EXAMEN OCULAR EXTERNO:

N 2

BIOMICROSCOPIA:

N 2

TEST DE COLORES:

N 2



Hace constar:

Que el Sr(a) INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102818261 realizó el día 16/09/2021 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 INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102818261 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 -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102818261 realizó el día 12/09/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102818261 realizó el día 12/09/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1102818261 realizó el día 12/09/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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

**POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1102818261, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 06/09/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 2.

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): 202101019219423.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Septiembre de 2021.

Cordialmente

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

Certificado Bancario

Miércoles, 1 de septiembre de 2021

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que INGRITH JOHANA ALVAREZ BERRIO identificado(a) con CC 1102818261, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	50789578548	2012/10/24	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.


Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



CODIGO DE RECAUDO
1102403162600001

PÓLIZA
AA031626

FACTURA
AA057630

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00024 **CERTIFICADO** AA057250 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 828 17 62 - 828 08 33
AGENCIA APARTADO **DIRECCIÓN** CALLE 96 #99-27

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
04	09	2021	DESDE	DD	06	MM	09	AAAA	2021	HORA	12:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	16	MM	04	AAAA	2022	HORA	12:00

DATOS GENERALES

TOMADOR ALVAREZ BERRIO INGRITH JOHANA
DIRECCIÓN SECTOR PALO BLANCO
ASEGURADO SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
DIRECCIÓN KM 1 SALIDA A TURBO
BENEFICIARIO SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
DIRECCIÓN KM 1 SALIDA A TURBO
AFIANZADO ALVAREZ BERRIO INGRITH JOHANA
DIRECCIÓN SECTOR PALO BLANCO

E-MAIL
E-MAIL SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO
E-MAIL SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO
E-MAIL

NIT/CC 1102818261
TEL/MOVIL 3014400
NIT/CC 8999999034
TEL/MOVIL 8280072
NIT/CC 8999999034
TEL/MOVIL 8280072
NIT/CC 1102818261
TEL/MOVIL 3014400

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo) Departamento Localidad, Comuna o Barrio Dirección (Ubicación del Riesgo)	CHIGORODO ANTIOQUIA MUNICIPIO DE CHIGORODO MUNICIPIO DE CHIGORODO

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO		VIGENCIAS GARANTÍA		
GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
Cumplimiento del Contrato	\$1,296,896.00	06/09/2021	16/04/2022	222

VALOR ASEGURADO TOTAL \$1,296,896.00	
NÚMERO DE RIESGOS	
PRIMA NETA \$20,000.	GASTOS \$5,000.
IVA \$4,750.	TOTAL POR PAGAR \$29,750.

FORMA DE PAGO Contado		ENTIDAD BANCARIA		
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPañía	PARTICIPACIÓN %	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN %
		000000000001	AGENTE DIRECTO	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

[Firma Tomador]

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL



CODIGO DE RECAUDO
1102403162600001

PÓLIZA
AA031626

FACTURA
AA057630

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00024 **CERTIFICADO** AA057250 **DOCUMENTO** Nuevo **TEL:** 828 17 62 - 828 08 33
AGENCIA APARTADO **DIRECCIÓN** CALLE 96 #99-27

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN			
04	09	2021	DESDE	DD	06	MM	09	AAAA	2021	HORA	12:00	06	09	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	16	MM	04	AAAA	2022	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR ALVAREZ BERRIO INGRITH JOHANA **NIT/CC** 1102818261
DIRECCIÓN SECTOR PALO BLANCO **E-MAIL** **TEL/MOVIL** 3014400

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30/04/2021-1501-P-05-GCUMC00002000403-D001, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

AMPARA EL CONTRATO #CO1.PCCNTR.2821961 DEL 4 DE SEPTIEMBRE CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

1.5 μm



C.C 1102818261

Ramo poliza	No de poliza
	AA031626

Subtotal	25,000.00
IVA	4,750.00
Descuento	
TOTAL A PAGAR	29,750.00