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 CESAR
DESPACHO REGIONAL-APORTES
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	**20**
Código Centro	**101020**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**31627-469518**
No. de documento	**342464**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA ROSA MARTINEZ POLO	**C.C.**	49.609.007	**IP/Nº de contacto**	52977
Correo electrónico contratista:	armartinez@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		19721654900	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3295107/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**3822**	
Valor Total del Contrato	$ 27.000.801	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.000.801	**1**	**Del**	**21/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 870.994,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.129.807		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO PARA DAR SOPORTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO EN LA REGIONAL CPE NO. 20-9-2022-000597

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 870.994	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	**$ 870.994**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 439.496**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7819235890**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 146.499	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	439.496,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	585.994,00	
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	
Pro Universidad Popular del Cesar UP	4.355,00	0,500%
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	**$ 866.639,00**	

SON: OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se recibió Sensibilización por parte de Dirección General sobre lineamientos del proceso de PQRS
2.Se recibió Sensibilización por parte de Dirección General Manejo herramienta CRM - Metas CRM
3.Se apoyó al coordinador de Relaciones Corporativas en la Atención a Las Solicitudes Empresariales en CRM.
4.se recibió sensibilización para Registrar en la herramienta CRM las actividades tipo tarea, dentro del seguimiento a la atención oportuna de las peticiones Externas – PQRS
5.Se recibió Sensibilización para Mantener actualizada la información de responsables de la Dirección Regional, Subdirección de Centro y Coordinadores de áreas o grupos en CRM

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.

ANA ROSA MARTINEZ POLO
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 ALFREDO SIERRA PINERES
TECNICO 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

JESUS ALBERTO NAMEN CHAVARRO
DIRECTOR REGIONAL

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 49609007 ANA ROSA MARTINEZ POLO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**01/10/2021**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 12 de Enero de 2022 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49609007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA ROSA MARTINEZ POLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 40 Nº 1 - 17	TELÉFONO:	5815563
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7819235890**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1265253564

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 148.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.400	$ 0	$ 148.400
SUBTOTALES:										**$ 148.400**	**$ 0**	**$ 148.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 115.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 115.900	$ 0	$ 0	$ 115.900
SUBTOTALES:													**$ 115.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 115.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.900	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 4.900
SUBTOTALES:									**$ 4.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 49609007	MARTINEZ POLO ANA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 927.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 927.000	$ 148.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 148.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 927.000	$ 115.900	$ 0	$ 115.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 927.000	49609007	$ 4.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 269.200**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14805598521

(415)7707212489984(8020) 000001480559852 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	POLO	ANA	ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal
CR 40 1 17 BRR NUEVO AMANECER

42. Correo electrónico anarosamp1307@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 7 6 9 0 2 9	3 0 1 3 8 4 4 7 8 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 6 0 3 2 9						3 4 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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 2022 - 01 - 12 / 17 : 51: 39

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 MARTINEZ POLO ANA ROSA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

CERTIFICADO APTITUD LABORAL


Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO

Identificación: CC 49609007

Cargo: INSTRUCTOR

Empresa en labor: PARTICULAR

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 12:38:28
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

Exámenes realizados

HEMOGRAMA TIPO I,ORINA PARCIAL (UROANÁLISIS),GLICEMIA,MED. CON ENFASIS EN OSTEOM.,PERFIL LIPIDICO COMPLETO,OPTOMETRIA TAMIZ

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
1. INFORMAR A LOS TRABAJADORES (PROMOCION Y PREVENCION DE RIESGO DE COVID-19) 2. LAVADO DE MANOS CADA 03 HORAS (debe durar 20 segundos), AL INICIAR Y TERMINAR EL TRABAJO O CADA LABOR, SECADO CON TOALLA DE USO PERSONAL. 3. DISTANCIA DE 1.5 METROS CON COMPAÑEROS DE LABORALES Y DEMAS COLABORADORES. 4. EVITAR CONTACTO FISICO; NO DAR BESOS NI ABRAZOS. 5. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL. 6. DESINFECTAR PUESTOS DE TRABAJOS. 7. SI EL TRABAJADOR TIENES SINTOMAS RESPIRATORIOS; TOS, FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DEBE RECIBIR ATENCION MEDICA. 8. POSTURA HIGIENICA. 9. PAUSAS ACTIVAS EN JORNADAS LABORALES. 10. CAPACITAR EN RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO.	CONTROL NUTRICIONAL	ALIMENTACIÓN BALANCEADA ACTIVIDAD FÍSICA.	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES Y COMUNES.

Restricciones laborales:

No aplica

Certificado aptitud laboral:

Sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

No aplica

Observación:

No aplica



Firma del especialista en salud ocupacional
KORQUI ISABEL ROJAS CRIALES
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O: 0293 -Registro S.O: No aplica

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

CARRERA 19 N° 16B-16 VALLEDUPAR - CESAR

E-MAIL: dipresalud@hotmail.com

TELEFAX:5705919 CELULAR: 3103671869

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

• • • LABORATORIOS CLINICOS • • •

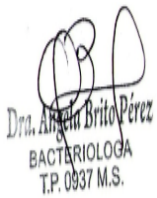

Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación: CC 49609007
Cargo: INSTRUCTOR
Empresa en labor: PARTICULAR
Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 07:20:51
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

RESULTADOS :

Exámen	Analisis	Resultado
GLICEMIA	Glicemia	79 mg/dl
	Tipo de muestra	SUERO
HEMOGRAMA TIPO I	Recuento de Plaquetas	378.000mm3
	Linfocitos	52%
	Neutrofilos	48%
	Recuento de Leucocitos	8.000mm3
	Hematocrito	42
	Hemoglobina	14
ORINA PARCIAL (UROANÁLISIS)	Cristales	OXALATO DE CALCIO +
	Leucocitos por campo (Palidos)	>100 XC
	Celulas Epiteliales	2-4 XC
	Leucocitos Enzimaticos	+
	Nitritos	NEGATIVOS
	PH Reacción	6.0
	Color	AMARILLO
	Densidad	1.030
	Comentario:	MOCO +
	Aspecto	TURBIO
	Bacterias	+++
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	Trigliceridos	95 mg/dl
	Colesterol de muy baja densidad (VLDL)	19 mg/dl
	Colesterol de baja densidad (LDL)	168 mg/dl
	Colesterol de alta densidad (HDL)	41 mg/dl
	Colesterol Total (CT)	228 mg/dl



Firma del profesional de la salud
ANGELA BRITO
Especialidad: Bacteriologia
REG. 0937MS

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

• • • OPTOMETRÍA • • •


Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO

Identificación: CC 49609007

Cargo:

Empresa en labor: PARTICULAR

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 07:20:51
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

Pruebas Optometría:

ORGANO / SISTEMA

Antecedentes	Normalidad	Hallazgos / Observaciones		
Personal		NIEGA		
Familiar		NIEGA		
Motivo de consulta		ASINTOMÁTICA		
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión proxima sin corrección	0.50 M		0.50 M	
Visión lejana A.O. sin corrección	20/20			
Visión próxima A.O. sin corrección	0.50 M			
Usa Lentes	NO			
Hischberg	CENTRADOS			
Covertest	ORTOFORIA			
Retinoscopía estatica	NEUTRO		NEUTRO	
Dentro de parámetros normales	NORMAL		NORMAL	
Oftalmoscopía	Derecho	Hallazgos / Observaciones	Izquierdo	Hallazgos / Observaciones
Fondo sano	X		X	
Sin gafas	NORMAL			
Test del Color	Derecho	Hallazgos / Observaciones	Izquierdo	Hallazgos / Observaciones
Sin Corrección	NORMAL		NORMAL	
No requiere gafas	X			

Resultado:

Emetropia AO -

Recomendaciones:

Control anual - No requiere gafas -

Observaciones:

BUENA CONDICIÓNVISUAL



Firma del profesional de la salud
XIOMARA ELIZABETH CARDENAS
Especialidad: Optometra
Licencia S.O: No aplica -Registro S.O: No aplica

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA ROSA MARTINEZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49609007 realizó el día 14/02/2022 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 ANA ROSA MARTINEZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49609007 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 -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/01/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 49758658
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 49758658	CARMEN JULIA ZAPATA SANJUAN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	324	20/01/2022	CC 49609007	MARTINEZ POLO ANA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

CA721EEC2B4762F996A60046479C6922 Certificado impreso el día 1/19/2022 7:14:11 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ANA ROSA
MARTINEZ POLO
49609007

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Miércoles, 12 de enero de 2022

Señor(a)
ANA ROSA MARTINEZ POLO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANA ROSA MARTINEZ POLO identificado(a) con CC 49609007, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	19721654900	2021/05/19	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.

Bancolombia

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

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2022.01.20 10:03:07 -05:00

Código de Seguridad: CIL+zEUh4moXzBIuRNyUJQ==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2000000059-D00I

No. PÓLIZA	BQ-100048601	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28292094	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	20/01/2022	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	21/01/2022	24:00 Horas Del	30/04/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	MARTINEZ POLO, ANA ROSA	No. DOC. IDENTIDAD	49.609.007
DIRECCIÓN	CARRERA 40 N 1 - 17	TELÉFONO	3007769029
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CESAR	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 21 NO.15-100 RIOHACHA	TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CESAR	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 21 NO.15-100 RIOHACHA	TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3295107 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO PARA DAR SOPORTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO EN LA REGIONAL

SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO ES: SENA REGIONAL CESARG RUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO NIT. 899999034 - 1

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 21/01/2022	24:00 Horas Del 30/04/2023	2.700.080,10	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.700.080,10	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA MARGARITA ARAUJO NUÑEZ	AGENTES	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 21/01/2022

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOSMUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Ana Rosa Martinez Polo
TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

#JUNTOS A LA CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APP

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantia de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100048601** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **MARTINEZ POLO, ANA ROSA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CESAR / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CESAR** , expedida por la Compañía en **20/01/2022**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

BARRANQUILLA a los **20** días del mes **ENERO** del año **2022.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Escaneado con CamScanner

seguros mundial

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	28292094
Fecha de Facturación	20/01/2022
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BQ–100048601
Periodo Facturado	21/01/2022 – 30/04/2023
Fecha Limite de Pago	06/03/2022
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MARTINEZ POLO, ANA ROSA
CARRERA 40 N 1 – 17	49609007
Intermediario	MARIA MARGARITA ARAUJO NUÑEZ

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

ESPACIO PARA EL TIMBRE

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **BANCO** se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio).
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque) solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el numero de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en el imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continue el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	28292094
Fecha de Facturación	20/01/2022
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	BQ–100048601
Periodo Facturado	21/01/2022 – 30/04/2023
Fecha Límite de Pago	06/03/2022
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MARTINEZ POLO, ANA ROSA
CARRERA 40 N 1 – 17	49609007
Intermediario	MARIA MARGARITA ARAUJO NUÑEZ

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000000028292094(3900)000000029750(96)20220306

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)229900828292094(3900)000000029750(96)20220306

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner