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 ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -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	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**23 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**18236-352006**
No. de documento	**358061**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS	**C.C.**	8.497.282	**IP/Nº de contacto**	1
Correo electrónico contratista:	jose.juvinao@misena.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:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		484406095	
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:	3282645/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**42222**	
Valor Total del Contrato	$ 37.524.247	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.524.247	**1**	**Del**	**24/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 866.897,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.657.350		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. RADICADO 08-9-2022-002130…PLAZO 9 DIC 2022

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 866.897	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	**$ 866.897**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 436.423**	**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	----------	**9431153525**
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	$ 145.474	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	436.423,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	581.897,00	
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	1,000%
-	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	**$ 866.897,00**	

SON: OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral
En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación CONTABILIZACION
DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.
Seguimiento de la etapa productiva a las fichas: 2142691, 2142744, 2142750, 2206833, Y 2340037
Registro de juicio evaluativos a los aprendices que ya finalizarón su etapa productiva y cumplen con las bitácoras y las evaluaciones

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.

JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS
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,

MARIA CECILIA SUAREZ BENAVIDES
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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia	A. Contributivo
B. Reporte de novedades	Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado
	B. Colectiva	C. Institucional
	D. De oficio	

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (asignado por la EPS)
A. Cotizante	A. Dependiente	
B. Cabeza de Familia	B. Independiente	
C. Beneficiario	C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: Jurinao	Segundo apellido: Thomas	Primer nombre: Jose	Segundo nombre: Rafael

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo	12. Fecha de nacimiento	13. Estado Civil	14. EPS anterior
C e	8497282	Femenino / Masculino X	25 04 1973	Casado	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Condición	13. Parentesco (ESPN)	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones: Colpensiones	17. Ingreso base de cotización – IBC

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico
Cll 9 #9-125	3046396266		jrj+2504@gmail.com

Zona: Urbana / Rural	Departamento de residencia	Municipio de residencia	Departamento de residencia
Palmar	olaya		Atlantico

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

18. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. N° del documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Dirección

Municipio de residencia	Zona: Urbana / Rural	Departamento de residencia	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono Fijo	Celular

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

cajacopi eps SECCIONAL ATLÁNTICO 11/04/2022

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X): Tipo E L N M	Condición T P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	32. Datos de residencia	Zona: U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. Nombre o razón social	37. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO SUPERSALUD

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8497282		JUVINAO THOMAS JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 # 9-125	PALMAR DE VARELA-ATLANTICO	3046396266	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	14645324	9431153525	I	2022/02/18	2022/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$87,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$300,000	$48,000			$300,000	$37,500			$0	$0			$300,000	$1,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$300,000	$48,000			$300,000	$37,500			$0	$0			$300,000	$1,600		$0	$0
Ciudad: PALMAR DE VARELA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$300,000	$48,000			$300,000	$37,500			$0	$0			$300,000	$1,600		$0	$0
1	CC	8497282 JUVINAO JOSE	25-14	9	$300,000	$48,000	CCFC55	9	$300,000	$37,500		0	$0	$0	14-23	9	$300,000	$1,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$300,000	$48,000			$300,000	$37,500			$0	$0			$300,000	$1,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8497282		JUVINAO THOMAS JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 # 9-125	PALMAR DE VARELA-ATLANTICO	3046396266	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	14645324	9431153525	I	2022/02/18	2022/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$87,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,000	$0	$0	$48,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$48,000	$0	$0	$48,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$0	$0	$1,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,600	$0	$0	$1,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,500	$0	$0	$37,500
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$37,500	$0	$0	$37,500
TOTAL				1	$87,100	$0	$0	$87,100

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804960302

(415)7707212489984(8020) 000001480496030 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 4 9 7 2 8 2	2	Impuestos de Barranquilla 2	

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	8 4 9 7 2 8 2	1 9 9 2 1 1 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Palmar de Varela 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JUVINAO	THOMAS	JOSE	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Palmar de Varela 5 2 0

41. Dirección principal: CL 9 9 125

42. Correo electrónico: JRJT2504@GMAIL.COM

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

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
6 9 2 0	2 0 0 7 0 3 0 9	8 5 4 3	2 0 1 7 0 1 0 2	7 7 1 0	4 7 9 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 - 07 / 17 : 14: 42

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 JUVINAO THOMAS JOSE RAFAEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

JUAN MANUEL PARDO M
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	**JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS**				
Documento:	8.497.282		**Sexo**	MASCULINO	
Edad:	48 AÑOS		**Telefono:**	3046396266	
Empresa:	SENA		**Dirección:**	CALLE No 9-125	
Actividad Economica:			**Nivel Socioeconomico:**		
Ciudad:	BARRANQUILLA	**Fecha**	07/01/22	**Hora**	9:20 a. m.

TIPO DE EVALUACIÓN REALIZADA

INGRESO	X	**REINTEGRO**		**PERIODICO**		**EGRESO**	

CARGO

INSTRUCTOR

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION MEDICA CON ENFASIS

Osteomuscular, Cardiorespiratorio, neurólogico, Organos de los sentidos y Psicolaboral.

PARACLINICOS

RECOMENDACIONES MEDICAS		RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE		
BAJAR DE PESO		**VENCIMIENTO VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL**	X	**6/01/2023**
BAJAR NIVELES DE TRIGLICERIDOS		BAJAR DE PESO Y HACER EJERCICIO		
HACER DIETA		BAJAR NIVELES DE ESTRÉS		
CITOLOGIA VAGINAL		FOMENTAR PRACTICAS DE PAUSAS ACTIVAS		X

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO	X	**APTO CON RECOMENDACIONES**		**APTO CON LIMITACIONES**		**NO APTO**		**APLAZADO**

Observaciones:

La presente certificación se expide con base a la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter cofidencial y debe ser guardada por el médico tratante (Resoluciones 6398 Dic 29- 1991 y 2346- Jul 11 de 2007).

Firma:_ 

C.C: 17132366

Lic. Profe. 02665.

Carrera 43 N° 72- 122 Oficina 808 Centro Médico profesionales

Teléfono: 360 7939 Celular: 3002748671 Correo: mercaomega@hotmail.com

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 realizó el día 28/01/2022 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 realizó el día 28/01/2022 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) JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 realizó el día 27/01/2022 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

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 realizó el día 16/02/2022 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 JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8497282 el día 16/02/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8497282, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 24/01/2022 y fecha fin de contrato 09/12/2022 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): 202201012659263.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 23/02/2022 8:00:05 a. m.
ISCDC: 23/02/2022 8:00:05 a. m.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

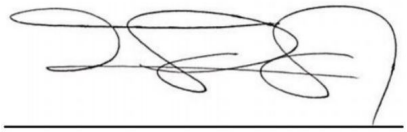
Que nuestro(a) cliente **JOSE RAFAEL JUVINAO THOMAS**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 8.497.282** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 484406095** aperturada el **07 de enero de 2022** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **febrero** del año **2022**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0484406095**
Cuenta de 16 dígitos: **0484000200406095**
Cuenta de 20 dígitos: **00130484000200406095**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2018 — Categoría: Empresas con más de 500 colaboradores

Somos la Tercera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2018 — Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

POLIZA SEGURO MANEJO SECTOR OFICIAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3201669870

PÓLIZA No: 320 -64 - 994000002227 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 64 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
25	02	2019	22	02	2019	23:59	22	02	2020	23:59	365	07	03	2019

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
22	02	2019	23:59	22	02	2020	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE PALMAR DE VARELA** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.008.432-4**

DIRECCIÓN: CALLE 8 No 8-95 CIUDAD: PALMAR DE VARELA, ATLANTICO TELÉFONO: 8700140

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE PALMAR DE VARELA** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.008.432-4**

DIRECCIÓN: CALLE 8 No 8-95 CIUDAD: **PALMAR DE VARELA, ATLANTICO** TELÉFONO: 8700140

BENEFICIARIO: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE PALMAR DE VARELA** IDENTIFICACIÓN: NIT **802.008.432-4**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 ACTIVIDAD: ENTIDAD OFICIAL

AFIANZADO : INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE PAL

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	SUBLIMITE
DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA	11,000,000.00	
FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL		11,000,000.00
RENDICION DE CUENTAS		11,000,000.00
RECONSTRUCCION DE CUENTAS		11,000,000.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACION PUBLICA/FALLOS CON RESPONSABILIDAD FISCAL/RENDICION DE CUENTAS/RECONSTRUCCION DE CUENTAS

BENEFICIARIOS
NIT 802008432 - INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE PALMAR DE VARELA

CLAUSULADO 16/03/2018-15-02-P-13-GENER-CL-SUSG-21-DOOI

AFIANZADO: ANGEL MARIA BROCHADO C.C.8.497.784

CARGO: DIRECTOR

V. ASEGURADO: $11.000.000

BENEFICIARIO
INSTITUTO MUNICIPAL DE LA RECREACION Y EL DEPORTE NIT 802.008.432-4

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****11,000,000.00	$ **********550,000	$****15,000.00	$ ******107,350	$ **********672,350

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MARIA EUGENIA TRIANA SALAZAR SEGUROS	7423	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320166987

FIRMA TOMADOR

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

DCERVANTES 0

CDDA20790909F57658 CLIENTE

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