



SERVICIO NACIONAL
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional8
Código Centro930210
Fecha ElaboraciónFebrero de 2023
VersiónENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso23389-473432

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
Correo electrónico contratista:emmedina970@misena.edu.co

C.C.32.768.079

IP/N° de contacto3206179666

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE

Pertenece al régimen simple de tributación? NO

Es declarante de renta? NO

Es Pensionado? NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA

Inducción SST SI

Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO

Tipo de cta AHORROS

N° Cuenta47790995178

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:4484682/2023

N° Compromiso SIIF53923

Valor Total del Contrato\$ 17.100.000

N ° Pago1

Periodo objeto de pago

Valor Bruto Pago\$ 2.850.000,00

Saldo Anterior del Contrato\$ 17.100.000

Del01/02/2023

Al28/02/2023

Nuevo Saldo del Contrato\$ 14.250.000

Legalización comisiones del periodo\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN PELUQUERIA RADICADO 08-9-2023-002376... PZO 30-07-2023

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 2.850.000

Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°0,00%

Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 0

Retencion en la Fuente del Periodo\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 2.850.000

Menos, Retefuente Otros Ingresos\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 1.775.925

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

Febrero

Enero

Ingreso Base de Cotización - IBC\$ 1.160.000\$ 0

Aporte obligatorio a seguridad social salud\$ 145.000\$ 0

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión\$ 185.600\$ 0

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional\$ - \$ 0

ARL\$ 6.100\$ 0

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833\$ 145.400

\$ 712.500

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466\$ -

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466\$ -

Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200\$ -

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 \$ 1.357.184\$ -

Salud hasta \$ 678.592\$ -

Renta Exenta 25% \$ 2.792.123\$ 591.975

Retención en la Fuente Contingente\$ -

Base retención en la fuente a titulo de RENTA1.775.925,00

Base retención en la fuente a titulo de ICA2.519.400,00

Valor base IVA0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)0,0019%

Menos Retención en la Fuente0,000,00%

Menos Retencion IVA0,0015%

Reteica - 829925.194,001,000%

-0,00

-0,00

-0,00

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Descuentos de Libranza0,00

Descuentos de embargo (Si tiene)0,00

VALOR A PAGAR\$2.824.806,00

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Para el Programa Formación PELUQUERIA.

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.

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
INSTRUCTOR

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 53 # 52-68	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3165973	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1917477158	9446320646	I	2023/02/17	2023/02/14	BANCOLOMBIA	0	\$342,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200	\$0
1	CC 32768079	MEDINA ELIZABETH	230301	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS005	30	\$1,160,000	\$145,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,160,000	\$12,200	0
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 53 # 52-68	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3165973	No

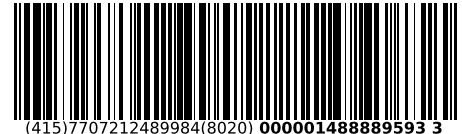
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-01	2023-01	1917477158		9446320646	I	2023/02/17	2023/02/14	BANCOLOMBIA	\$342,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,200	\$0	\$0	\$12,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,200	\$0	\$0	\$12,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000	
TOTAL				1	\$342,800	\$0	\$0	\$342,800	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14888895933



(415)7707212489984(8020) 000001488889593 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 7 6 8 0 7 9 4

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

____/____/____

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 1 0 0 5 0 7

77. No. Matrícula mercantil

0 0 0 0 5 0 0 0 9 3

78. Departamento

0 8

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

82. Nacional _____ %

83. Nacional público _____ %

84. Nacional privado _____ %

85. Extranjero _____ %

86. Extranjero público _____ %

87. Extranjero privado _____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		<input type="text"/>		-
2		<input type="text"/>		-
3		<input type="text"/>		-
4		<input type="text"/>		-
5		<input type="text"/>		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica

94. Nombre del grupo económico y/o empresarial

95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante

96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

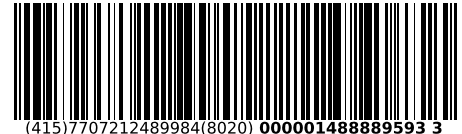
172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14888895933



(415)7707212489984(8020) 000001488889593 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 7 6 8 0 7 9

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci	0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de leche, productos lácteos y huevos en establecimi	4 7 2 2
162. Nombre del establecimiento DISTRIBUIDORA ELI #13			
163. Departamento Atlántico	0 8	164. Ciudad/Municipio Soledad	7 5 8
165. Dirección CL 78 E # 22 - 04			
166. Número de matrícula mercantil	0 0 0 0 5 0 0 0 9 4	167. Fecha de la matrícula mercantil	2 0 1 0 0 5 0 7
168. Teléfono	3 9 3 0 1 5 4	169. Fecha de cierre	

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

PreIngreso



Fecha: 19/Ene/2022
Apellido: MEDINA MARTINEZ
Tipo Doc: CC
Empresa: INDEPENDIENTE
Cargo: INSTRUCTORA
Lugar:
Direccion: CALLE 53 N 52-68 ABAJO
Telefono: 3206179666 **Celular:** 3206179666 **Email:** elizabeth.mmm@hotmail.com **Estado Civil:** Casado
HC: # 44702
Edad: 47 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/May/1974
Rh: B+

Exámenes Realizados

Audiometría Tamiz, Optometría, Examen Médico Ocupacional Osteomuscular, Perfil Lipídico, Glucosa en Suero, Orina o LCR, ENCUESTA DE SALUD PARA DETECCIÓN DE COVID 19

Recomendaciones Generales

Comentar inmediatamente cualquier cambio con su estado de salud.
 Uso de elementos de protección personal durante la jornada laboral según el cargo, funciones, normatividad vigente y los requerimientos del trabajo.
 Pausas activas durante la jornada con cambio de posición.
 Manejo de mecánica corporal e higiene postural dentro y fuera del trabajo.

Recomendaciones Específicas

S.V.E.

* Conservación Visual

Estilo de Vida Saludable

- * Dieta y ejercicio supervisado.
- * Énfasis en Actividad Física regular
- * Bajar de peso
- * Disminuir consumo de Carbohidratos simples

Medicas

- * Valoración por Nutricionista EPS
- * Optómetra control anual

Laborales

- * Uso de lentes permanentes durante la jornada laboral

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

ES SATISFACTORIO SU CONDICIÓN DE SALUD PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL

Recomendaciones Personalizadas

- CAMBIAR FORMULACION VISUAL

Observaciones

BIOBAC SO SAS BRINDA AMBIENTES SEGUROS MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN NECESARIOS PARA EVITAR EL CONTAGIO Y TRANSFERENCIA DEL VIRUS SARS COV 2

Señor(a) trabajador: Usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del Médico Especialista registradas en este documento, para realizar el levantamiento del aplazamiento y/o restricción.

DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES:

Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 del 5 de junio de 2009 del Ministerio de Protección Social (actualmente Ministerio de Trabajo y Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido, de las evaluaciones medicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y su matriz de peligro. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL del aspirante.

Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.


 Pm: 2659.
 P.S.D: 3514/2019.



Elizabeth Medina



ARTURO BENITEZ PEÑA
MEDICO
Lic. de S.O #: 3514/2019
Registro #: R.M.2259

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
CC 32768079





Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 14/02/2023 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 ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 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) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 14/02/2023 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) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 14/02/2023 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) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 14/02/2023 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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 el día 14/02/2023 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

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ** con CC No. **32768079**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 01/02/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2023 Fecha fin de Contrato: 30/07/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012405075.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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



Certificado Bancario

Viernes, 13 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ identificado(a) con CC 32768079, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	47790995178	2018/03/20	ACTIVA	134,851.97

***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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Elizabeth Maria Medina Martinez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **32768079**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32768079
NOMBRES Y APELLIDOS	Elizabeth Maria Medina Martinez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/05/1974
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2021
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 32768079 ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Desde 01/07/2022 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 32768079 Trabajador Independiente Desde 02/02/2022 Hasta 30/06/2022

**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:

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.768.079**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA			SUCURSAL BARRANQUILLA			COD.SUC 85	NO.PÓLIZA 85-44-101119664	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
26 01 2023	01 02 2023		00:00	30 11 2023		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MEDINA MARTINEZ, ELIZABETH MARIA	IDENTIFICACIÓN CC: 32.768.079
DIRECCIÓN: CALLE 78E NO. 22-04	CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO TELÉFONO: 3206179666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO TELÉFONO 3704470

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO N C01.PCCNTR.4484682 REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARACTER TEMPORAL PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA PARA EL PROGRAMA FORMACION PELUQUERIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2023	30/11/2023	\$1,710,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,320.00	\$ *****33,320.00	\$ *****1,710,000.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPAÑIA LIMITADA-	48763	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
3 - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL EST
VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO

85-44-101119664

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General



FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA			SUCURSAL BARRANQUILLA			COD.SUC 85	NO.PÓLIZA 85-44-101119664	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
26 01 2023	01 02 2023		00:00	30 11 2023		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MEDINA MARTINEZ, ELIZABETH MARIA	IDENTIFICACIÓN CC: 32.768.079
DIRECCIÓN: CALLE 78E NO. 22-04	CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO TELÉFONO: 3206179666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO TELÉFONO 3704470
ADICIONAL:	



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****5,320.00	TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****1,710,000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPAÑIA LIMITADA-	48763	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415)7709998021167(8020)11013608908585(3900)000000033320(96)20240201

REFERENCIA
PAGO:
1101360890858-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE