



**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FOR**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional   | 47                |
| Código Centro     | 911810            |
| Fecha Elaboración | Marzo de 2023     |
| Versión           | ENERO 2023 - 1.23 |
| ID de Proceso     | 85069-233232      |

|                                                                     |                                         |                                                                                                                           |                                        |                                     |                             |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                    | CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO        | C.C.                                                                                                                      | 1.082.838.871                          | IP/N° de contacto                   | 0000                        |
| Correo electrónico contratista:                                     | cindyrodriguezpalacio@gmail.com         |                                                                                                                           |                                        |                                     |                             |
| Régimen del IVA:                                                    | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                                                               | <input type="checkbox"/> NO            | Es declarante de renta?             | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                     |                                         |                                                                                                                           |                                        | Es Pensionado?                      | <input type="checkbox"/> NO |
| Banco al cual consignar:                                            | DAVIVIENDA                              | Inducción SST                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Presta Servicios Excluidos de IVA ? | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: | <input type="checkbox"/> NO             | Tipo de cta                                                                                                               | AHORROS                                | Nº Cuenta                           | 116080219300                |
|                                                                     |                                         | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) |                                        |                                     | <input type="checkbox"/> NO |

|                             |               |                    |                                     |            |                                     |         |            |
|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|---------|------------|
| Nº del contrato:            | 4612036/2023  | Nº Compromiso SIIF |                                     | 9023       |                                     |         |            |
| Valor Total del Contrato    | \$ 24.580.980 | N ° Pago<br>1      | Periodo objeto de pago              |            | Valor Bruto Pago<br>\$ 2.045.415,00 |         |            |
| Saldo Anterior del Contrato | \$ 24.580.980 |                    | Del                                 | 14/02/2023 |                                     | Al      | 28/02/2023 |
| Nuevo Saldo del Contrato    | \$ 22.535.565 |                    | Legalización comisiones del periodo |            |                                     | \$ 0,00 |            |

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LA FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD PRESENCIAL Y VIRTUAL PROGRAMADOS POR EL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN

|                                            |                     |                                           |             |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 2.045.415        | 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        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 2.045.415</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 1.128.130</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                        | Febrero      | Enero      | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.128.130,00          | TARIFA |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|
|                                                                    | -----        | 1082838871 | Base retención en la fuente a título de ICA   | 1.714.815,00          |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                   | \$ 1.160.000 | \$ 0       | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                        | \$ 145.000   | \$ 0       | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                      | \$ 185.600   | \$ 0       | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                | \$ -         | \$ 0       | Menos Retención IVA                           | 0,00                  | 15%    |
| ARL I                                                              | \$ 6.100     | \$ 0       | Reteica - 8299                                | 12.004,00             | 0,700% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 | \$ -         |            |                                               | 0,00                  |        |
| \$ 511.353                                                         |              |            |                                               | 0,00                  |        |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466              | \$ -         |            |                                               | 0,00                  |        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466  | \$ -         |            | Pro-Hospital                                  | 40.908,00             | 2,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200                        | \$ -         |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes      | \$ -         |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes        | \$ -         |            | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes        | \$ -         |            |                                               |                       |        |
| Dependientes hasta \$ 1.357.184                                    | \$ 204.542   |            | Descuentos de Libranza                        | 0,00                  |        |
| Salud hasta \$ 678.592                                             | \$ -         |            | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% \$ 2.792.123                                      | \$ 376.043   |            |                                               |                       |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                 | \$ -         |            | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$1.992.503,00</b> |        |

Seguimiento en Etapa Productiva a los aprendices: MIRELBA CALDERON CASTELLANOS; ANA LUCIA ORTIZ GUTIÉRREZ; BRAYAN STIVEN SÁNCHEZ OLIVERA; CRISTIAN DAVID VANEGAS MORALES; FREDY SEGUNDO ORTEGA VILLOTA; YUDY ANDREA MARTINEZ PEREA; JULIO CESAR RAMÍREZ CARO

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.

CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO  
EL CONTRATISTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p> | <div style="text-align: right;"> <u>Autorizo el presente pago.</u><br/> El Supervisor,<br/><br/> <br/> <b>EDILBERTO SEGUNDO MEZA JIMENEZ</b><br/> <b>INSTRUCTOR G12</b> </div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

**JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082838871**, se encuentra afiliado/a desde **29/04/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de febrero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

CE-006 - 0000000100 – 2023

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1082838871                    |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Rodriguez Palacio,Cindy Patricia |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                          |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente                    |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/08/2015                       |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                          |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                       |
| REGIMEN                         | Contributivo                     |

La presente se expide a nombre de Rodriguez Palacio,Cindy Patricia, a los 07 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



DAVIVIENDA

## CERTIFICADO

**SANTA MARTA,  
MAGDALENA,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**07/02/2023**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1082838871**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Número            | <b>116080219300</b> |
| Fecha de apertura | <b>27/02/2012</b>   |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

## **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR No. 3-2023-000014**

Certifico que el señor (a) contratista **CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1082838871** cumple con los documentos del perfil.

Documentos solicitados en la circular No. 3-2023-000014: "Exámenes médicos preocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en el cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del decreto 1072 de 2015.

Se firma en Santa Marta Magdalena a los 22 días del mes de febrero del 2023.

Atentamente,



Jeison Alberto Guette Corro  
Médico Reproductor de la Unidad  
y Salud en el Trabajo  
Magdalena

**Jeison Alberto Guette Corro**

Médico laboral de la Regional Magdalena



Verificados los resultados del participante en el curso virtual  
**Función Pública certifica que:**

**CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO**

C.C 1.082.838.871

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 03 de marzo 2023

**Aura Isabel Mora**

Código: 761625931000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

**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 **CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO** con **CC No. 1082838871**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante                                                    | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contratante:</b> NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | <b>Fecha de última cobertura:</b> 21/02/2023<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 15/02/2023<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 15/08/2023<br><b>Clase de Riesgo:</b> 1<br><b>Cargo :</b> INSTRUCTOR<br><b>Fecha fin de Retiro:</b> 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](http://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): 20230101389755.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 3 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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





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

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082838871 el día 28/02/2023 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

## INFORMACIÓN GENERAL

|              |                  |             |                      |             |                                                  |
|--------------|------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------------------------------------------|
| COD.PRODUCTO | 0403             | PRODUCTO    | CUMPLIMIENTO ESTATAL |             |                                                  |
| COD.AGENCIA  | 100055           | CERTIFICADO | 0                    | DOCUMENTO : | Nuevo TEL: 4216266                               |
| AGENCIA      | SUC. SANTA MARTA |             |                      | DIRECCIÓN   | CARRERA 3 NO 17 27 LOCAL 08 CENTRO COMERCIAL REX |

| FECHA DE EXPEDICIÓN |    |      | VIGENCIA DE LA POLIZA |    |    |      |      | FECHA DE IMPRESIÓN |    |    |      |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|------|------|--------------------|----|----|------|
| 13                  | 2  | 2023 | DESDE                 | 13 | 2  | 2023 | HORA | 00:00              | 13 | 2  | 2023 |
| DD                  | MM | AAAA | HASTA                 | 31 | 12 | 2023 | HORA | 23:59              | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

|                     |                                                        |               |                                    |                             |
|---------------------|--------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>TOMADOR</b>      | CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO                       |               |                                    | <b>NIT/CC</b> 1082838871    |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CRA 83A N 46-85                                        | <b>E-MAIL</b> | CINDYRODRIGUEZPALACIO@GMAIL.COM    | <b>TEL/MOVIL</b> 3187236732 |
| <b>ASEGURADO</b>    | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA |               |                                    | <b>NIT/CC</b> 899999034     |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CALLE 21 N 15 -100                                     | <b>E-MAIL</b> | SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO | <b>TEL/MOVIL</b> 7273882    |
| <b>BENEFICIARIO</b> | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA |               |                                    | <b>NIT/CC</b> 899999034     |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CALLE 21 N 15 -100                                     | <b>E-MAIL</b> | SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO | <b>TEL/MOVIL</b> 7273882    |
| <b>AFIANZADO</b>    | CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO                       |               |                                    | <b>NIT/CC</b> 1082838871    |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CRA 83A N 46-85                                        | <b>E-MAIL</b> | CINDYRODRIGUEZPALACIO@GMAIL.COM    | <b>TEL/MOVIL</b> 3187236732 |

**INFORMACIÓN RIESGO A SEGUADO**

| DESCRIPCIÓN      |  | DETALLE                 |
|------------------|--|-------------------------|
| CIUDAD           |  | SANTA MARTA             |
| DEPARTAMENTO     |  | MAGDALENA               |
| LOCALIDAD        |  | SANTA MARTA             |
| DIRECCION        |  | SANTA MARTA             |
| TIPO DE CONTRATO |  | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

| INFORMACIÓN RIESGO A SEGUADO |                 |
|------------------------------|-----------------|
| GARANTÍAS OTORGADAS          | VALOR AFIANZADO |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO    | \$ 2,458,098    |

| VIGENCIAS GARANTIA |                      |                  |
|--------------------|----------------------|------------------|
| FECHA DE INICIO    | FECHA DE TERMINACIÓN | DIAS DE VIGENCIA |
| 2023-02-13         | 2023-12-31           | 321              |

|                             |  |                     |
|-----------------------------|--|---------------------|
| <b>VALOR A SEGURO TOTAL</b> |  | <b>\$ 2,458,098</b> |
| <b>NUMERO DE RIESGOS</b>    |  |                     |

| PRIMA NETA | GASTOS   | IVA      | TOTAL A PAGAR |
|------------|----------|----------|---------------|
| \$ 14,000  | \$ 7,000 | \$ 3,990 | \$ 24,990     |

| FORMA DE PAGO |               | Contado |
|---------------|---------------|---------|
| COASEGURO     |               |         |
| COMPañÍA      | PARTICIPACION |         |
|               |               |         |
|               |               |         |
|               |               |         |

| ENTIDAD BANCARIA                           |                            |               |
|--------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA |                            |               |
| CÓDIGO                                     | NOMBRE                     | PARTICIPACIÓN |
| 901279827                                  | AC SEGUROS DEL CARIBE LTDA | %             |
|                                            |                            |               |
|                                            |                            |               |

La mora en el pago de la prima o certificados que se expían 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 extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada autoáticamente, 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.com/>, 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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

**CLAUSULADO N°.**

Cindy P. Rodriguez P.



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

SEGURO  
CUMPLIMIENTO ESTATAL



INFORMACIÓN GENERAL

COD.PRODUCTO 0403 PRODUCTO CUMPLIMIENTO ESTATAL  
COD.AGENCIA 100055 CERTIFICADO 0 DOCUMENTO : Nuevo TEL: 4216266  
AGENCIA SUC. SANTA MARTA DIRECCIÓN CARRERA 3 NO 17 27 LOCAL 08 CENTRO COMERCIAL REX

| FECHA DE EXPEDICIÓN |    |      | VIGENCIA DE LA POLIZA |    |    |      |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN |    |      |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|----|------|------|-------|--------------------|----|------|
| 13                  | 2  | 2023 | DESDE                 | 13 | 2  | 2023 | HORA | 00:00 | 13                 | 2  | 2023 |
| DD                  | MM | AAAA | HASTA                 | 31 | 12 | 2023 | HORA | 23:59 | DD                 | MM | AAAA |

DATOS GENERALES

TOMADOR CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO NIT/CC 1082838871  
DIRECCIÓN CRA 83A N 46-85 E-MAIL CINDYRODRIGUEZPALACIO@GMAIL.COM TEL/MOVIL 3187236732

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](http://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.

\*\*\* OBJETO\*\*\*

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LA FORMACION EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD PRESENCIAL Y VIRTUAL PROGRAMADOS POR EL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

*Cindy P. Rodriguez P.*

FIRMA TOMADOR

## CERTIFICADO PAGO

A solicitud del cliente certificamos que la póliza relacionada a continuación se encuentra al día:

TOMADOR: CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO

IDENTIFICACIÓN: 1082838871

PÓLIZA: ISC000005239

CERTIFICADO: 0

PRODUCTO: CUMPLIMIENTO ESTATAL

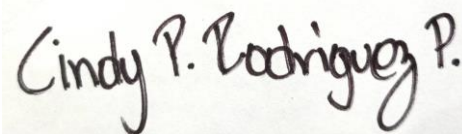
VALOR PRIMA: \$ 24,990

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE EXPIDE EN BOGOTÁ, A LOS 13 DÍAS DE FEBRERO DE 2023

ATENTAMENTE,



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C



TOMADOR

Una aseguradora cooperativa con sentido social



### Hace constar:

Que el Sr(a) CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082838871 realizó el día 28/02/2023 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 CINDY PATRICIA RODRIGUEZ PALACIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082838871 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 -