SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL GUAJIRA**
**CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **44** |
| **Código Centro** | **952410** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **82246-796740** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** INDRIS MARIA BARROS MEDINA
**Correo electrónico contratista:** imbarros@sena.edu.co
**C.C.** 1.118.819.750 **IP/Nº de contacto** 3014565

**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 **Nº Cuenta** 52656829419

**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

**Nº del contrato:** 5335791/2023 **Nº Compromiso SIIF** 243623

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 9.359.267 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 9.359.267 | **1** | **Del** | **12/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 1.891.767,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.467.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMAC

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.891.767 | | 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** | **$ 1.891.767** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.166.300** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **0** |
| **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 I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 472.941 | $ - | |
| 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 | $ 388.767 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.166.300,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.561.167,00 | |
| 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 | 4.684,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Prouniversidad de la Gua | 37.835,00 | 2,000% |
| Estampilla Prodesarrollo Fronterizo | 9.459,00 | 0,500% |
| Estampilla Prodesarrollo Dptal | 37.835,00 | 2,000% |
| Estampilla Pro-Cultura | 28.377,00 | 1,500% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.773.577,00** | |

**SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

30 HORAS DE INDUCCION EN EL MUNICIPIO DE FONSECA

**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.

**INDRIS MARIA BARROS MEDINA**
**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,

**ENKA MAILETH MORENO OLAYA**
**INSTRUCTOR G08**

**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**

**ANGELICA PATRICIA SAN JUANELO MORAN**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) INDRIS MARIA BARROS MEDINA identificado(a) con CC 1118819750 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2016**

**Estado de la Afiliación:** **Vigente**

**IPS:** **UNION TEMPORAL CECAM IPS RENACER LTDA-RIOHACHA I NIVEL**

**Categoría:** **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes 10 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**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:

**INDRIS MARIA BARROS MEDINA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.819.750**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# 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 **INDRIS MARIA BARROS MEDINA** con **CC** No. **1118819750**, 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:** 19/09/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 12/09/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 15/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** PROFESIONAL UNIVERSITARIO<br>**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): 202301020415673.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14583571011

(415)7707212489984(8020) 000001458357101 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 1 8 8 1 9 7 5 0 | 1 | Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5 | |

## 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 | 1 1 1 8 8 1 9 7 5 0 | 2 0 0 6 0 9 1 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARROS | MEDINA | INDRIS | MARIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 28 A 13 05 BRR LOS OLIVOS

42. Correo electrónico: indris98@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 6 8 7 3 6 5 7 3 | 7 2 8 6 2 4 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 |
| 8 2 1 1 | 2 0 1 1 0 2 0 1 | | | | | | 4 1 2 3 | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### 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 2019 - 06 - 04

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| | | |
|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** | |
| | **DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | |
| | **FORMATO CONCEPTO** | |
| | **Regional** | Guajira |
| | **Centro** | Centro Agroempresarial Y Acuícola |

| | |
|---|---|
| **Nombre** | indris maria barros medina |
| **Tipo Examen** | Otros |
| **Fecha Creación** | 2023-10-23 00:00:00 |

## CONCEPTO

Apto

## RECOMENDACIONES CONCEPTO

uso de epp, pausas activas, ejercicio fisico, dieta balanceada, mantenerse en el peso adecuado, cumplir protocolos de bioseguridad, higiene postural, medidas de autocuidado.

## RESTRICCIONES CONCEPTO

ninguna

| REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| PSICOLOGICO | No | GENERAL | No |
| ESPECIALISTA | No | ADICIONAL | No |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

| Aspirante o Trabajador | | Medico o Psicólogo | |
|---|---|---|---|
| Nombre | indris maria barros medina | Nombre | Irina Maria Correa Goenaga |
|  | |  | |
| Firma | | Firma | |
| No. Indentificación | 1118819750 | Sello | |

# Certificación Bancaria

Domingo, 22 de octubre de 2023

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que INDRIS MARIA BARROS MEDINA identificado(a) con CC y 1118819750, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 52656829419 | 2023-08-30 | ACTIVO | ***** |

***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 a 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) INDRIS MARIA BARROS MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118819750 realizó el día 22/10/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo INDRIS MARIA BARROS MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118819750 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) INDRIS MARIA BARROS MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118819750 el día 22/10/2023 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

**SEGURO**
**CUMPLIMIENTO ESTATAL**

**PÓLIZA**
**ISC000005482**

**NIT** **860028415**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD.PRODUCTO** | 0403 | **PRODUCTO** | CUMPLIMIENTO ESTATAL | | |
| **COD.AGENCIA** | 100017 | **CERTIFICADO** | 0 | **DOCUMENTO : Nuevo** | **TEL:** 5707332 |
| **AGENCIA** | SUC. VALLEDUPAR | | | **DIRECCIÓN** | CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP |

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **12** | **9** | **2023** | **DESDE** | 12 | 9 | 2023 | **HORA** 00:00 | **12** | **9** | **2023** |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | 15 | 4 | 2024 | **HORA** 23:59 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | INDRIS MARIA BARROS MEDINA | | | **NIT/CC** | 1118819750 |
| **DIRECCIÓN** | CL 28A 13 - 05 | **E-MAIL** | INDRIS98@HOTMAIL.COM | **TEL/MOVIL** | 3168736573 |
| **ASEGURADO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA | | | **NIT/CC** | 899999034 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 21 15 - 100 | **E-MAIL** | SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO | **TEL/MOVIL** | 7273882 |
| **BENEFICIARIO** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA | | | **NIT/CC** | 899999034 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 21 15 - 100 | **E-MAIL** | SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO | **TEL/MOVIL** | 7273882 |
| **AFIANZADO** | INDRIS MARIA BARROS MEDINA | | | **NIT/CC** | 1118819750 |
| **DIRECCIÓN** | CL 28A 13 - 05 | **E-MAIL** | INDRIS98@HOTMAIL.COM | **TEL/MOVIL** | 3168736573 |

## INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO

| DESCRIPCIÓN | DETALLE |
|---|---|
| CIUDAD | RIOHACHA |
| DEPARTAMENTO | LA GUAJIRA |
| LOCALIDAD | RIOHACHA |
| DIRECCION | RIOHACHA |
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

| INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO | |
|---|---|
| **GARANTÍAS OTORGADAS** | **VALOR AFIANZADO** |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | $ 935,927 |

| VIGENCIAS GARANTIA | | |
|---|---|---|
| **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **DIAS DE VIGENCIA** |
| 2023-09-12 | 2024-04-15 | 216 |

**VALOR A SEGURADO TOTAL** $ 935,927

| NUMERO DE RIESGOS | |
|---|---|

| PRIMA NETA | GASTOS | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 20,493 | $ 7,000 | $ 5,224 | $ 32,717 |

**FORMA DE PAGO** Contado

**ENTIDAD BANCARIA**

| COASEGURO | |
|---|---|
| **COMPAÑÍA** | **PARTICIPACION** |
| | |
| | |
| | |

| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO** | **NOMBRE** | **PARTICIPACIÓN** |
| 1118803626 | JOSE IGNACIO BLANCO MENDOZA | % |
| | | |
| | | |

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. 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°.*

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

**FIRMA TOMADOR**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

**SEGURO**

**CUMPLIMIENTO ESTATAL**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD.PRODUCTO** | 0403 | **PRODUCTO** | CUMPLIMIENTO ESTATAL | | |
| **COD.AGENCIA** | 100017 | **CERTIFICADO** | 0 | **DOCUMENTO : Nuevo** | **TEL:** 5707332 |
| **AGENCIA** | SUC. VALLEDUPAR | | | **DIRECCIÓN** | CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP |

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **12** | **9** | **2023** | **DESDE** | 12 | 9 | 2023 | **HORA** | 00:00 | **12** | **9** | **2023** |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | 15 | 4 | 2024 | **HORA** | 23:59 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** INDRIS MARIA BARROS MEDINA **NIT/CC** 1118819750

**DIRECCIÓN** CL 28A 13 - 05 **E-MAIL** INDRIS98@HOTMAIL.COM **TEL/MOVIL** 3168736573

## 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-D00I, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

*** OBJETO***

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DERIVADO DEL CONTRATO NO CO1.PPCNTTR.5335791 DE FECHA 12/09/2023 RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN REGULAR EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA DE LA REGIONAL GUAJIRA

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS



# CERTIFICADO PAGO

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

| | |
|---|---|
| TOMADOR: | INDRIS MARIA BARROS MEDINA |
| IDENTIFICACIÓN: | 1118819750 |
| PÓLIZA: | ISC000005482 |
| CERTIFICADO: | 0 |
| PRODUCTO: | CUMPLIMIENTO ESTATAL |
| VALOR PRIMA: | $ 32,717 |

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE EXPIDE EN BOGOTÁ, A LOS 12 DÍAS DE SEPTIEMBRE DE 2023

ATENTAMENTE,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. DE COLOMBIA y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS



**FIRMA AUTORIZADA**
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C**

**TOMADOR**



