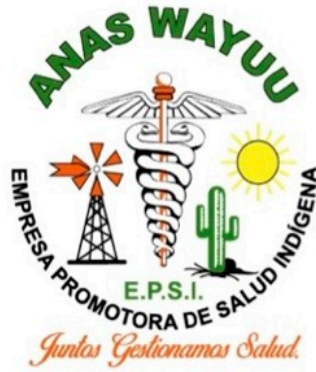


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL GUAJIRA CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA		Código Regional	44
			Código Centro	952410
			Fecha Elaboración	Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	86561-238901
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA Correo electrónico contratista: mividal@sena.edu.co		C.C. 26.988.430	IP/N° de contacto 3127316194	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST ☐ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☐ NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO		
		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 46300012329		
		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: 5324951/2023		N° Compromiso SIIF 241923		
Valor Total del Contrato \$ 9.757.533		N ° Pago 1		Valor Bruto Pago \$ 2.290.033,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.757.533		Periodo objeto de pago Del 09/09/2023 Al 30/09/2023		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 7.467.500		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 \$ 2.290.033		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.290.033		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.384.375		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Setiembre	Agosto	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		70049536	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.384.375,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA 1.959.433,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000		\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
ARL \$ 6.100		\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	Reteica - 8299 5.878,00 0,300%	
\$ 572.508		\$ -	- 0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	- 0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	Estampilla Prouniversidad de la Gua 45.801,00 2,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	Estampilla Prodesarrollo Fronterizo 11.450,00 0,500%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Estampilla Prodesarrollo Dptal 45.801,00 2,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Estampilla Pro-Cultura 34.350,00 1,500%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta \$ 678.592		\$ 107.500	VALOR A PAGAR \$2.146.753,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 461.458		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		
SON: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
se realizo el proceso de formacion del lineamiento de inducción de los curso complementario del 18 al 22 de septiembre del 2023 se entrega soportes de calidad requerida en proceso de ingreso de aprendices a los diferentes tipos de programas complementario matriculados, tales como: ficha de caracterización listado de matricula , documentos de identidad legibles registro de matricula de aprendices en el aplicativo sofia plus se realiza sensibilización del curso complementario sobre los programas de formacion en la en el municipio de albania en la comunidades paradero y pitulumana 1 total de horas				
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.				
			MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			HEINER BRITO GAMEZ INSTRUCTOR G13	
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:

La Señora MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA identificada con CC 26988430, se encuentra afiliada a la **La Empresa Promotora De Salud Indígena ANAS WAYUU** en condición de COTIZANTE.

Fecha de afiliación efectiva:	01/12/2001
Estado actual:	ACTIVO
Municipio de Afiliación:	BARRANCAS - LA GUAJIRA
Régimen:	CONTRIBUTIVO
Categoría:	A
IPS primaria (C):	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR-01

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en Maicao, a los 20 días del mes de Noviembre de 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

JEFE DE ASEGURAMIENTO
ANAS WAYUU EPSI

Tenga en cuenta:

Es su deber acudir a nuestras oficinas para la actualización de sus datos y los de su núcleo familiar, así no tendrá inconvenientes futuros al acceder a los servicios que requiera.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26988430**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2019** 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 19 de octubre 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



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 **MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA** con CC No. **26988430**, 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 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 12/09/2023 Fecha fin de Contrato: 15/12/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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): 202301020352537.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,194

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BARRANCAS (LA GUAJIRA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN DE INGRESO-OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
VIDAL ARIZA MILEIDIS ISABEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	41 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC	26988430
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo INSTRUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO - CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				✓	PERFIL LIPIDICO		
ESPIROMETRÍA				✓	OPTOMETRIA 1		
GLUCOSA				✓	EVALUACION INGRESO - OSTEOMUSCULAR		
HEMOGRAMA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: PEREZ DOMINGUEZ KATIA				 Firma: <u>Mileidis U. Doln.</u> Nombre: VIDAL ARIZA MILEIDIS ISABEL			

Certificación Bancaria

Lunes, 20 de noviembre de 2023

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA identificado(a) con CC y 26988430, 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	46300012329	2019-02-13	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.

 **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 correosospchoso@bancolombia.com.co



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN VALLEDUPAR			SUCURSAL AGENCIA VALLEDUPAR			COD.SUC 47	NO.PÓLIZA 47-46-101015063	ANEXO 1
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
08 09 2023	08 09 2023		00:00	15 04 2024		23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL VIDAL ARIZA, MILEIDIS ISABEL	IDENTIFICACIÓN CC: 26.988.430
DIRECCIÓN: CRA 12C NO 21-28	CIUDAD: BARRANCAS, GUAJIRA TELÉFONO: 3006001290

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CALLE 21 CRA 15 AV AEROPUERTO	CIUDAD: RIOHACHA, GUAJIRA TELÉFONO 7283010

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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C01.PCCNTR.5325386 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/ O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES LAS MODALIDADES DE FORMACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN REGULAR EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LE EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUILA DE LA REGIONAL GUAJIRA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/09/2023	15/04/2024	\$975,753.30	

ACLARACIONES

CON EL PRESENTE ANEXO ACLARAMOS QUE EL NUMERO DEL CONTRATO ES EL C01.PCCNTR.5324951, LAS DEMAS CONDICIONES NO MODIFICADAS CONTINUAN EN RIGOR.

VALOR PRIMA NETA \$ *****0.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****0.00	IVA \$ *****0.00	TOTAL A PAGAR \$ *****0.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****975,753.30	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA	204957	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 CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

47-46-101015063

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 VALLEDUPAR			SUCURSAL AGENCIA VALLEDUPAR						COD.SUC 47		NO.PÓLIZA 47-46-101015063		ANEXO 1		
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
08 09 2023			08 09 2023			00:00	15 04 2024			23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL VIDAL ARIZA, MILEIDIS ISABEL	IDENTIFICACIÓN CC: 26.988.430
DIRECCIÓN: CRA 12C NO 21-28	CIUDAD: BARRANCAS, GUAJIRA TELÉFONO: 3006001290

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CALLE 21 CRA 15 AV AEROPUERTO	CIUDAD: RIOHACHA, GUAJIRA TELÉFONO 7283010
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 \$ *****0.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****0.00	IVA \$ *****0.00	TOTAL A PAGAR \$ *****0.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****975,753.30
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO	
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART. VALOR ASEGURADO
MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA	204957	100.00		

PLAN DE PAGO CONTADO

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 DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO RACIÓN

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	

DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN VALLEDUPAR						SUCURSAL AGENCIA VALLEDUPAR				COD.SUC 47		NO.PÓLIZA 47-46-101015063		ANEXO 1	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
08	09	2023	08	09	2023	00:00	15	04	2024	23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL VIDAL ARIZA, MILEIDIS ISABEL								IDENTIFICACIÓN CC: 26.988.430			
DIRECCIÓN: CRA 12C NO 21-28						CIUDAD: BARRANCAS, GUAJIRA				TELÉFONO: 3006001290	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1			
DIRECCIÓN: CALLE 21 CRA 15 AV AEROPUERTO						CIUDAD: RIOHACHA, GUAJIRA				TELÉFONO: 7283010	

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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 CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5858302 - VALLEDUPAR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO S.A.



47-46-101015063

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

FIRMA TOMADOR

DLF204957B



Hace constar:

Que el Sr(a) MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26988430 realizó el día 19/10/2023 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26988430 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) MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26988430 realizó el día 19/10/2023 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
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) MILEIDIS ISABEL VIDAL ARIZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 26988430 el día 19/10/2023 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