SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR

Código Regional	**20**
Código Centro	**911410**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**85475-987005**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ
Correo electrónico contratista: lucehernandez@sena.edu.co
C.C. 77.151.950 **IP/Nº de contacto** 3152052461

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 000151511771

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: 5539906/2023 **Nº Compromiso SIIF** 209123

Valor Total del Contrato	$ 3.813.260	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.813.260	**1**	**Del**	**14/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 1.906.630,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.906.630		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL ÁREA TEMÁTICA GESTIÓN DEL RECURSO HÍDRICO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE TITULADA Y O COMPLEMENTARIA REGULAR DEL CBC CPE NO. 20-9-2023-011290

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.906.630		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	**$ 1.906.630**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.201.175**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**no aplica**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 386.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 48.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 61.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 4.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 476.657	$ -	
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	$ 190.663	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 400.392	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.201.175,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Universidad Popular del Cesar	9.533,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.897.097,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ficha 2890946 Complementario Fundamentos para la potabilización de agua

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.

LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ
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,

ALEXANDER HERNANDO TOBON ABELLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

JAIME JOSE BAUTE DANGON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ identificado(a) con CC 77151950 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **EMPRESA MULTIACTIVA DE SALUD SERMULTISALUD SAS -CLINICA CODAZZI**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 11 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,



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez	Ortiz	Luis carlo	Eduardo

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC X	7715950	cont.	X	24 04 1966

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN RC TI X CE PA CD PE SC PT

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
Agustin codazzi	Cesar		

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3152052461	3152052461	lchernandezortiz@hotmail.com.co		

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Luis carlos Eduardo Hernandez Ortiz	CC	7715950		

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Calle 14 #12-37 Barrio Santa Rita	Agustin codazzi	Cesar	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
N/A	3152052461	3152052461	lchernandezortiz@hotmail.com	

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
09 11 2023	independiente	$ 1.160.000=

IV. FIRMAS

X 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR ... IMPRESORES NIT 860.519.055-6 TEL 720 41 19

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14962184556

(415)7707212489984(8020) 000001496218455 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 7 1 5 1 9 5 0	1	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Agustín Codazzi 0 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ORTIZ	LUIS CARLOS	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Agustín Codazzi 0 1 3

41. Dirección principal: CL 14 12 37 BRR SANTA RITA

42. Correo electrónico: lchernandezortiz@hotmail.com

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

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios 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 2023 - 11 - 13 / 16 : 07: 29

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ ORTIZ LUIS CARLOS EDUARDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NIT: 900933659-1

DIRECCION:
Calle 17A N° 19-35 BARRIO DANGON
TEL: 5623119 Email: mepsi.mpsi@gmail.com
VALLEDUPAR-CESAR

DATOS DE IDENTIFICACIÓN



Ciudad: Valledupar-Cesar **Fecha:** 31-ago.-22
Paciente: LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ
Fecha nacimiento: 24/04/1966 **Edad:** 56 Años
Estado Civil: CASADO(A) **N° Documento:** 77151950 **Tipo:** CC
Teléfonos: 3152052461 **Dirección:** CALLE 14 N 12-37 SANTA RITA
Nombre de la empresa: PARTICULAR
Cargo: 117

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: INGRESO

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

EXAMENES REALIZADOS:
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR:NORMAL-LABORATORIOS CLINICOS:
PERFIL LIPIDICO:NORMAL
GLICEMIA:NORMAL
HEMOGRAMA:NORMAL
EXAMEN PSICOLOGICO: NORMAL

RECOMENDACIONES AUDIOMETRÍA:
NORMAL
CONTROL ANUAL

RECOMENDACIONES ESPIROMETRÍA:
N.R

RECOMENDACIONES EVALUACIÓN VISUAL:
ANORMAL
SEGUIR UTILIZANDO GAFA MEDICAS

RECOMENDACIONES MEDICAS:
USO DE EPI
HIGIENE POSTURAL
MANEJO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19
CONTROL MEDICO ANUAL

REMISIÓN:
Apto para Trabajo en altura: SI: ☐ NO: ☐ NO APLICA: ☒ X

Concepto de Aptitud: APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA

Katia Y. Pérez D.

Nombre : KATIA YANETH PEREZ DOMINGUEZ
Especialidad : MEDICINA OCUPACIONAL
Licencia S.O. : R.M. 5830 LIC: 3745

Nombre : LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ
N° y Tipo Documento : CC: 77151950

Informe impreso bajo el Software IBEX (Carrera 7 Consorcio Cel: 3105270838)

Powered by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 realizó el día 21/11/2023 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 LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 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) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 realizó el día 21/11/2023 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) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 realizó el día 21/11/2023 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) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 realizó el día 21/11/2023 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 77151950 el día 21/11/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

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

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 **LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ** con **CC** No. **77151950**, 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:** 17/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 17/11/2023 **Fecha fin de Contrato:** 16/12/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** OTRAS OCUPACIONES **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): 202301021401424.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de noviembre 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

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ identificado(a) con CC 77151950 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **EMPRESA MULTIACTIVA DE SALUD SERMULTISALUD SAS -CLINICA CODAZZI**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 11 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,



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez	Ortiz	Luis carlo	Eduardo

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC X	7715950	cont.	X	24 04 1966

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN RC TI X CE PA CD PE SC PT

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
Agustin codazzi	Cesar		

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3152052461	3152052461	lchernandezortiz@hotmail.com.co		

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Luis carlos Eduardo Hernandez Ortiz	CC	7715950		

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Calle 14 #12-37 Barrio Santa Rita	Agustin codazzi	Cesar	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
N/A	3152052461	3152052461	lchernandezortiz@hotmail.com	

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
09 11 2023	independiente	$ 1.160.000=

IV. FIRMAS

X 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR ... IMPRESORES NIT 860.519.055-6 TEL 720 41 19

Powered by CamScanner

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:

LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.151.950**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **10/11/2023**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUIS CARLOS EDUARDO HERNANDEZ ORTIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **77151950**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0000000151511771**
Fecha de apertura	**02/11/2000**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	**AGENCIA VALLEDUPAR**	**47**	**47-44-101025446**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	**11**	**2023**	**17**	**11**	**2023**	**00:00**	**30**	**04**	**2024**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	HERNANDEZ ORTIZ, LUIS CARLOS EDUAR		**CC: 77.151.950**
DIRECCIÓN: CL 14 3 37	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO:	66666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KILOMETRO 6 VIA FLORIDA BLANCA 50 33	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER	TELÉFONO	6800600
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR PARTE DEL AFIANZADO, MEDIANTE CONTRATO No. CO1.PCCNTR.5539906 QUE TIENE COMO OBJET0 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL AREA TEMATICA GESTION DEL RECURSO HIDRICO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACION EN LOS PROGRAMAS DE TITULADA Y O COMPLEMENTARIA REGULAR DEL CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE Y SUS MUNICIPIOS DE INFLUENCIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17/11/2023	30/04/2024	$381,326.00

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	$ **********381,326.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GOBA ASESORES DE SEGUROS LTDA	174338	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

47-44-101025446

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

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	**AGENCIA VALLEDUPAR**	**47**	**47-44-101025446**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
14	**11**	**2023**	**17**	**11**	**2023**	**00:00**	**30**	**04**	**2024**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	HERNANDEZ ORTIZ, LUIS CARLOS EDUAR		**CC: 77.151.950**
DIRECCIÓN: CL 14 3 37	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO:	66666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KILOMETRO 6 VIA FLORIDA BLANCA 50 33	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER	TELÉFONO	6800600

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

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	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ **********381,326.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
GOBA ASESORES DE SEGUROS LTDA	174338	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

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11015201136476(3900)000000033320(96)20241116

REFERENCIA PAGO:

1101520113647-6

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670051375 50

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000051375503

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
14/11/2023 04:46p.m.

RECIBIMOS DE: ESORES DE SEGUROS LTDA — NIT. 901.040.655

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000051375503

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA VALLEDUPAR-44-101025446-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0005137550

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

11/14/2023 4:47:58PM

172.16.10.23

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
276140339

Destino de pago
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Motivo
Pago de Seguros del Estado Generales

Fecha
14/11/2023

Número de aprobación
00140339

Dirección IP
186.1.185.138

Valor transacción
$ 33.320,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.1.185.138		901040655

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Pago de Pólizas Seguros de Vida del Estado S.A.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social:	Seguros del Estado
Nit:	8600095786
No Factura:	10000051375503
Canal:	13550162
Nro. Identificación:	901040655
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Valor:	$33,320.00
Fecha:	14/11/2023
No transacción PSE:	276140339
Estado Transacción:	Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP:	186.1.185.138

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion

P@GUESTADO PORTAL DE PAGOS

irecaudo