SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAJIRA
CENTRO INDUSTRIAL Y DE NERGÍA ALTERNATIVAS

Código Regional	**44**
Código Centro	**922210**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**06636-986140**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PEREZ ONOLYS IBARRA DE	**C.C.**	26.965.981	**IP/Nº de contacto**	53550
Correo electrónico contratista:	oibarrab@sena.edu.co				

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

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** 52653084765

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: 5524304/2023 **Nº Compromiso SIIF** **237523**

Valor Total del Contrato	$ 4.418.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.418.700	**1**	**Del**	**14/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 2.276.300,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.142.400		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal de Artesanos Técnicos Tecnólogos y/o Profesionales que se desempeñen como instructores en los programas de Formación Complementaria para la atencion de la demanda social y/o relacionamiento corporativo en la Programación Regular ejecutando horas directas a formación y otras actividades relacionadas con la Ejecución de la Formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.276.300		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	**$ 2.276.300**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.593.900**		**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	----------	**0000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 569.075	$ -	
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	$ 531.300	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.593.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.131.300,00	
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	6.394,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Prouniversidad de la Gua	45.526,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	11.382,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	45.526,00	2,000%
Estampilla Pro-Cultura	34.145,00	1,500%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.133.327,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se ejecutó formación profesional integral en los cursos de formación de complementaria fichas: 2893327 - 2892491 servicio al client
2. Creación de dos rutas de aprendizaje para las fichas 2893327 – 2892491 en el programa Servicio al Cliente.
3. Se asociaron 32 aprendices a cada ruta de aprendizaje, para las fichas 2893327 – 2892491 en el programa Servicio al Cliente.
4. Planeación y ejecución de la formación profesional integral en Servicio al Cliente
5. Entrega de dos fichas de caracterización para matricular cursos en formación complementaria en Servicio al Cliente.
6. Orientar formación profesional integral en Servicio al Cliente.
7.Entrega de información para realizar el proceso de matrícula.

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.

PEREZ ONOLYS IBARRA DE
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,

EUFEMIA MARGARITA PACHECO MAYA
INSTRUCTOR G20

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

CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del **COTIZANTE**	
CC 26965981 ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**338**
Fecha Afiliación:	**31/07/2008**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 1 de Noviembre de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO GNR 2825
RADICADO No. 2013_5044930 07 ENE 2014

Por la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ

LA GERENTE NACIONAL DE RECONOCIMIENTO DE LA VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES -, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que la señora **IBARRA DE PEREZ ONOLYS MARINELA,** identificada con CC No. 26,965,981, solicita el 24 de julio de 2013 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2013_5044930.

Que la peticionaria ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19781024	19991230	TIEMPO SERVICIO	7627
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19960501	19980121	TIEMPO SERVICIO	621
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19980201	19980222	TIEMPO SERVICIO	22
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19980301	19980322	TIEMPO SERVICIO	22
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19980401	19981011	TIEMPO SERVICIO	191
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19991001	19991028	TIEMPO SERVICIO	28
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19991101	19991128	TIEMPO SERVICIO	28
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	19991201	19991229	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20010301	20010629	TIEMPO SERVICIO	119
MUN ALBANIA CAQUETA	20010701	20010729	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20010801	20010829	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20010901	20010928	TIEMPO SERVICIO	28
MUN ALBANIA CAQUETA	20011001	20011129	TIEMPO SERVICIO	59
MUN ALBANIA CAQUETA	20011201	20011229	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20020101	20020129	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20020201	20020329	TIEMPO SERVICIO	59
EFRAIN DAZA ATENCIO	20020401	20020415	TIEMPO SERVICIO	15
MUN ALBANIA CAQUETA	20020401	20020429	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20020501	20020529	TIEMPO SERVICIO	29
MUN ALBANIA CAQUETA	20020601	20020605	TIEMPO SERVICIO	5
MUN ALBANIA CAQUETA	20020701	20020725	TIEMPO SERVICIO	25
MUN ALBANIA CAQUETA	20020801	20020813	TIEMPO SERVICIO	13
MUN ALBANIA CAQUETA	20020901	20021129	TIEMPO SERVICIO	89
MUN ALBANIA CAQUETA	20021201	20030529	TIEMPO SERVICIO	179
MUN ALBANIA CAQUETA	20030601	20031031	TIEMPO SERVICIO	150

GNR 2825
07 ENE 2014

MUN ALBANIA CAQUETA	20031201	20031229	TIEMPO SERVICIO	29
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20040701	20050131	TIEMPO SERVICIO	210
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20050401	20050430	TIEMPO SERVICIO	30
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20050601	20050630	TIEMPO SERVICIO	30
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20050801	20051130	TIEMPO SERVICIO	120
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20060201	20060531	TIEMPO SERVICIO	120
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20061001	20061130	TIEMPO SERVICIO	60
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20070601	20070930	TIEMPO SERVICIO	120
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20071201	20071231	TIEMPO SERVICIO	30
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20090101	20090131	TIEMPO SERVICIO	30
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20090401	20090630	TIEMPO SERVICIO	90
ONOLYS IBARRA DE PEREZ	20091001	20130731	TIEMPO SERVICIO	1380
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	11 DIAS		INTERRUPCION	11
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	12 DIAS		INTERRUPCION	12
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	30 DIAS		INTERRUPCION	30
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	5 DIAS		INTERRUPCION	5
1 CONTRALORIA GENERAL DEL DEPA	9 DIAS		INTERRUPCION	9

Que conforme lo anterior, el interesado acredita un total de 10,709 días laborados, correspondientes a 1,529 semanas.

Que nació el 11 de noviembre de 1957 y actualmente cuenta con 56 años de edad.

Que revisado el sistema integral de bonos Pensionales del Ministerio Hacienda y Crédito Público, se determina que el asegurado presentó traslado del Régimen de ahorro Individual al Régimen de Prima Media (ISS hoy COLPENSIONES)

Que el artículo 36 de la Ley 100 de 1993 consagra el régimen de transición para aquellas personas que al momento de entrar en vigencia dicha norma tengan treinta y cinco (35) o mas años de edad si son mujeres o cuarenta (40) o mas años de edad si son hombres o 15 años de servicio, señalando que no será aplicable cuando estas personas voluntariamente se acojan al régimen de ahorro individual con solidaridad o para quienes habiendo escogido el régimen de ahorro individual con solidaridad decidan cambiarse al de prima media con prestación definida.

Que en ese orden de ideas, las personas que se trasladen al Régimen de Ahorro Individual con solidaridad y posteriormente se devuelvan al ISS, no conservaran el régimen de transición establecido en el artículo 36 de la Ley 100 de 1993.

Que la Corte Constitucional en sentencias C-789 de 2002 y SU-062 de 2010, en concordancia con el Decreto 692 de 1994 y el decreto 3995 de 2008, señalo que las personas que a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 (1 de abril de 1994 o 30 de junio de 1995 en el caso de servidores públicos del orden

territorial) ostenten 15 años de servicio y/o cotizaciones, conservaran el régimen de transición en caso de traslado del régimen de ahorro individual con solidaridad al régimen de prima media con prestación definida, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

i) Al cambiarse nuevamente al régimen de prima media, se traslade a el todo el ahorro que habían efectuado el afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad, incluyendo lo que la persona aporto al Fondo de Garantía de Pensión Mínima.

ii) Dicho ahorro no sea inferior al monto total del aporte legal correspondiente en caso que hubieren permanecido en el régimen de prima media con prestación definida.

Que en ese orden de ideas, solo las personas que a la entrada en vigencia del Sistema General de Pensiones acrediten 15 años o más de servicios y/o cotizaciones (750 semanas) conservaran el régimen de transición en caso de traslado del régimen de ahorro individual con solidaridad al régimen de prima media con prestación definida, cuando cumplan los requisitos anteriormente señalados.

Que con el fin de verificar los requisitos exigidos para conservar el régimen transición se consulta con la Gerencia de Ingresos y Egresos de la entidad para verificar si cumple o no cumple con la rentabilidad requerida para el caso, más sin embargo en cumplimiento al principio de celeridad, y protegiendo el mínimo vital como Derecho Fundamental es necesario dar el trámite correspondiente a la prestación.

Así mismo se le informa a la peticionaria que una vez se tenga el estudio de rentabilidad la solicitante mediante escrito radicado en nuestras oficinas puede solicitar un nuevo estudio de la prestación y se le informara en tal sentido si conserva o no el Regimen de Transición.

Que en consideración a lo anterior la prestación se estudiará a la luz de la Ley 797 de 2003.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9 de la Ley 797 de 2003, los requisitos para obtener la pensión de vejez, son los siguientes: haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer o sesenta (60) años si es hombre. A partir del 1 de enero del año 2014 la edad se incrementará a cincuenta y siete (57) años de edad para la mujer, y sesenta y dos (62) años para el hombre.

GNR 2825
07 ENE 2014

A partir del 1 de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará, así:

AÑO	SEMANAS	EDAD HOMBRE	EDAD MUJER
2005	1050	60	55
2006	1075	60	55
2007	1100	60	55
2008	1125	60	55
2009	1150	60	55
2010	1175	60	55
2011	1200	60	55
2012	1225	60	55
2013	1250	60	55
2014	1275	62	57
2015	1300	62	57

Que para obtener el ingreso base de liquidación de la presente prestación, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 21 de la ley 100 de 1993; el cual establece: *"Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al consumidor, según certificación que expida el DANE.*

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1250 semanas como mínimo".

Que igualmente el monto de la presente prestación, se define de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 797 de 2003, por el cual se modifica el artículo 34 de la Ley 100 de 1993, en los siguientes términos: *"... A partir del 1 de enero del año 2004 se aplicarán las siguientes reglas:*

El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados. Dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente:

r = 65.50 - 0.50 s, donde:

r =porcentaje del ingreso de liquidación.
s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes.

A partir del 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas, el porcentaje se incrementará en un 1.5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70.5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida en el presente artículo.

El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima".

Que para obtener el ingreso base de cotización de la presente prestación, se toman los factores salariales establecidos en los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993 y artículo 1 del Decreto 1158 del 3 de junio de 1994, según el caso.

Que los artículos 13 y 35 del Acuerdo 049 de 1990 aprobado por el Decreto 758 del mismo año, establecen que la pensión se reconocerá reunidos los requisitos mínimos y será necesaria su desafiliación al régimen para que se pueda disfrutar de la misma; para su liquidación se tendrá en cuenta hasta la última semana efectivamente cotizada.

Que de conformidad con la Circular Interna 01 de 2012, suscrita por la Vicepresidencia Jurídica y Doctrinal y la Vicepresidencia de Prestaciones y Beneficios, las reglas de efectividad de la pensión son las siguientes:

Vinculación al sistema	Efectividad
Dependiente y/o Independiente / Régimen Subsidiado	Al cumplimiento de la edad como último requisito, previo retiro del sistema como dependiente y/o última cotización como independiente.
Dependiente	Al día siguiente de la fecha de retiro del Sistema General de Pensiones previo cumplimiento de la edad.
Independiente/ Régimen Subsidiado	Al día siguiente de la última cotización previo cumplimiento de la edad.
Dependiente	A fecha de inclusión en nómina cuando no hay retiro del sistema de pensiones
Dependiente con varios empleadores	A fecha de inclusión en nómina cuando los empleadores en un término no superior a cuatro (4) años contados desde el último de los requisitos o la ultima cotización, omitan reportar la novedad de retiro del sistema de pensiones.

Que a partir de lo anteriormente enunciado se procedió a realizar la liquidación de la prestación reconocida, la cual se resume de la siguiente manera:

IBL: 1,216,544 x 73.47 = $893,795

GNR 2825
07 ENE 2014

SON: OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el (la) peticionario (a) cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna "Aceptada Sistema":

Nombre	Fecha Status	Fecha Efectividad	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual	Aceptada
1050 semanas progresivas, 55 o 60 años de edad Ley 797 del 2003- Legal	11 de noviembre de 2012	1 de agosto de 2013	1,146,096.00	1,216,544.00	2	73.47	893,795 00	SI

Que la prestación será efectiva a partir del 001 de Agosto de 2013, día siguiente a la última cotización como independiente.

Que para el financiamiento de la prestación del asegurado procede el trámite de liquidación y cobro de **BONO PENSIONAL TIPO B** por el tiempo laborado al servicio del estado con anterioridad a la Ley 100 de 1993, de conformidad con la normatividad contenida en los Decretos 1748 de 1995, 1474 de 1997, 1513 de 1998 y el Decreto 13 de 2001.

Que conforme al artículo 101 del Decreto Extraordinario 266 de 2000 "*Para el Reconocimiento de pensiones no* será *necesario el pago del bono pensional. En todo caso* será *necesario que el bono haya sido expedido y que se hayan constituido las* garantías *que exijan las normas correspondientes, de acuerdo con las condiciones que establezca el Gobierno Nacional*", por lo que se podrá proceder al reconocimiento de la pensión sin necesidad que el bono haya sido pagado en su totalidad, si hay lugar a ello, sin perjuicio de que se adelanten las gestiones para su respectivo cobro.

Que la Gerencia de Reconocimiento comunicará a la Gerencia Nacional de Ingresos y Egresos de la Vicepresidencia de Financiamiento e Inversiones de Colpensiones para que se inicie el trámite de liquidación y cobro del **BONO TIPO B** a las entidades respectivas, para el financiamiento de la pensión.

Son disposiciones aplicables: Ley 100/93; Ley 797 de 2003 y Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E

GNR 2825
07 ENE 2014

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una pensión de VEJEZ a favor de la señora **IBARRA DE PEREZ ONOLYS MARINELA**, ya identificada, en los siguientes términos y cuantías:

Valor mesada a 1 de agosto de 2013 = $893,795

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	**VALOR**
Mesadas	4,468,975.00
Mesadas Adicionales	893,795.00
F. Solidaridad Mesadas	0.00
F. Solidaridad Mesadas Adic	0.00
Descuentos en Salud	536,500.00
Valor a Pagar	4,826,270.00

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 201401 que se paga en el periodo 201402 en la central de pagos del banco OCCIDENTE CP 1 QUINCENA de RIOHACHA.

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en NUEVA EPS S.A.

ARTÍCULO CUARTO: Comuníquese a la Gerencia Nacional de Ingresos y Egresos de la Vicepresidencia de Financiamiento e Inversiones de Colpensiones para que se inicie el trámite de liquidación y cobro del BONO TIPO B a las entidade4s respectivas, para el financiamiento de la pensión.

ARTÍCULO QUINTO: Esta prestación económica es incompatible con cualquier otra asignación del Tesoro Público, conforme a lo establecido en el artículo 128 de la Constitución Política de Colombia.

ARTÍCULO SEXTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **IBARRA DE PEREZ ONOLYS MARINELA** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Colpensiones

PROSPERIDAD PARA TODOS

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA DE BENEFICIOS Y PRESTACIONES

PUNTO COLPENSIONES Riohacha

En Riohacha a los 05 días del mes de Febrero de 2014.
Se presentó ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ, identificado con la C.C. No. 26.965.981 en calidad de interesado X, tercero autorizado____, apoderado_, con tarjeta Profesional No. ____ del C.S.J., con el fin de notificarse de la Resolución No GNR 2825 De fecha 07-ENE-2014, mediante la cual se reconoce y ordena el pago de una Pensión mensual vitalicia de vejez.

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 y s.s. de la Ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

Con el fin de concluir el procedimiento administrativo en virtud del Inciso 3º del Artículo 87 de la Ley 1437 de 2011, renuncio a los términos legales para interponer los Recursos SI _____ NO __X__

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que se hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI_ NO__x , he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el Artículo 453 del Código Penal.

Así mismo, declaro bajo la gravedad del juramento, so pena de incurrir en conducta tipificada en el Artículo 442 del Código Penal Colombiano modificada por el Artículo 8º de la Ley 890 de 2004 "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años" que no he solicitado ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga el Artículo 128 de la Constitución Política Colombiana; igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al Decretos 758 de 1990.

Se deja constancia de notificación Si __ No_X__. Observaciones se _____ (Espacio para la entidad)

EL NOTIFICADO
C.C. 26.965.981

EL NOTIFICADOR
C.C. 3.443.661 de Riohacha

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ** con **CC** No. **26965981**, 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:** 15/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 14/11/2023 **Fecha fin de Contrato:** 16/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021485992.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 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

Certificación Bancaria

Martes, 28 de noviembre de 2023

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ identificado(a) con CC y 26965981, 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	52653084765	2016-01-05	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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14738077135

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 6 9 6 5 9 8 1 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 9 6 5 9 8 1	1 9 7 6 0 7 2 8

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
IBARRA	DE PEREZ	ONOLYS	MARINELA

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 14 A 11 A 21

42. Correo electrónico: onolys.ibarra@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 4 5 3 8 3 6 3 5

45. Teléfono 2

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
0 0 2 0	2 0 2 1 0 1 3 0	7 0 1 0	2 0 1 3 0 1 1 7	8 5 4 4	8 2 1 1	2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 2021 - 02 - 01 / 14 : 02: 05

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: IBARRA DE PEREZ ONOLYS MARINELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-11-2023 03:26:06PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

DRA. ZOBEIDA BRITO CAMPO
NEUMOLOGIA- SALUD OCUPACIONAL-AUDITORIA EN SALUD
REG. 152 - 01-----INSCR 283-03

HISTORIA MEDICO OCUPACIONAL: EXAMEN DE INGRESO

FECHA:	DIA:	MES: 11				AÑO 2023					
DEPARTAMENTO: La Guajira						CIUDAD: Riohacha					
EVALUACION MED ICA REALIZADA POR: Zobeida Elizabeth Brito Campo											
NOMBRE DEL EVALUADO: Onolis Ibarra de Pérez											
EDAD:	DENTIFICACION:					FECHA DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD				
	TIPO: C.C	T.I.	T.E.	Pasaporte		DIA: 11 MES: 11 AÑO 1957	A	P	S	T	U
	No 26.965.981										X
EPS: Nueva EPS			FONDO DE PENSIONES: Colpensiones				ARP Positiva				
CARGO A DESEMPEÑAR: Instructor											
DIREC. Calle 14 A N° 11 A - 21 Riohacha											
TELEFONO 3045383635											
FECHA DE INGRESO:											

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS: NO
QUIRURGICOS: Cesáreas, Extirpación quiste ovario, histerectomía
TRAUMATICOS _No

TRANFUSIONALES __No

ALERGICOS__ No

PSIQUIATRICOS. ___No

VENEREOS _____No

FARMACOLOGICOS_____No

ACCIDENTE DE TRABAJO: SI _____ NO ___x__ FECHA DE OCURRENCIA_____LESION CORPORAL_____

ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI _____ No____ SECUELA _____FECHA DE DIAGNOSTICO _____

HABITOS:

CONSUMO DE CIGARRILLO SI _____ NO__x____ Nro DE CIGARRILLOS_____

CONSUMO DE LICOR SI_____ NO____x_____ FRECUENCIA_____

DEPORTES : CUAL ___Ninguno_____FRECUENCIA POR SEMANA_____
INMUNOLOGICOS:

Powered by CamScanner

TETANOL SI __x____ NO_____ Nro DOSIS _____ FECHAS____No tiene certificado_____
FIEBRE AMARILLA: SI____x_____NO_____ FECHA_____" _____

HEPATITIS B: SI_____NO___x___Nro DOSIS_____ FECHAS_____" _____

SARAMPION Y RUBEOLA: SI __x_____NO_____ FECHA_____" _____

GINECOOBSTETRICOS: MENARQUIA: _13_____ G: __3__P:0_____A:__1___C:_32___ M:_____

CICLOS: __30__ X _4_____ FUM: _09/01/21_____ FUP: _____

CITOLOGIA VAGINAL__Hace 1 año_____

ANAMNESIS DIRIGIDA PARA TRABAJO EN ALTURA (Interrogar si el colaborados va a realizar trabajo en altura)

	SI	NO		SI	NO
¿Ha laborado anteriormente en altura?		x	¿Ha tenido enfermedad de Meniere?		x
¿Tiene pánico o fobia a las alturas?		x	¿Ha tenido trastornos del ritmo cardiaco?		x
¿Sufre de vértigos o mareos?		x	¿Emplea gafas para ver de cerca o de lejos?		x
¿Tiene molestias en los oídos?		x	¿Le han diagnosticado sordera o hipoacusia?		x
¿Sufre de desmayos repentinos?		x			
¿Ha tenido trastornos psiquiátricos?		x			
¿Sufre de epilepsia?		x			

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

No	EMPRESA	SECCION O CARGO	TIEMPO LABORADO	MEDIDAS DE CONTROL			
				EPP OIDO		EPP RESP	
				SI	NO	SI	NO
1	SENA	INSTRUCTOR Y ASESOR DE EMPRENDIMIENTO	9 AÑOS		X		X

Riesgos a los que ha estado expuesto en los anteriores trabajos:
Ruido___ vibraciones___, presiones____, temperatura extrema calor____, temperatura extrema frío____, radiaciones no ionizantes___, radiaciones ionizantes____, iluminación_____, sustancias químicas: cuales _____
Biológicos _____, psicosociales_____, manipulación de cargas_____, aplicación manual de fuerzas_____, postura sedente_____, postura de pie_____, postura de flexión de tronco___x__, postura de flexión de rodillas___x_, movimientos repetitivos de MsSs___x_, mecánicos___, eléctricos___, locativos___, físico-químico___, otros_____

No	EMPRESA	SECCION O CARGO	TIEMPO LABORADO	MEDIDAS DE CONTROL			
				EPP OIDO		EPP RESP	
				SI	NO	SI	NO
2	Contraloría general del Departamento	Audito fiscal	21 años		X	X	

Riesgos a los que ha estado expuesto en los anteriores trabajos:
Ruido___ vibraciones___, presiones____, temperatura extrema calor____, temperatura extrema frío____, radiaciones no ionizantes_____, radiaciones ionizantes____, iluminación_____, sustancias químicas: cuales _____
Biológicos _____, psicosociales_____, manipulación de cargas_____, aplicación manual de fuerzas_____, postura sedente_____, postura de pie_____, postura de flexión de tronco__x___, postura de flexión de rodillas___, movimientos repetitivos de MsSs___x_, mecánicos___, eléctricos___, locativos___, físico-químico___, otros_____

No	EMPRESA	SECCION O CARGO	TIEMPO LABORADO	MEDIDAS DE CONTROL

Powered by CamScanner

3	Alcaldía de Albania	Secretaria Privada Secretaria de Educación	2 años, 8 meses	EPP OIDO		EPP RESP	
				SI	NO	SI	NO
					X	X	

Riesgos a los que ha estado expuesto en los anteriores trabajos:
Ruido____, vibraciones____, presiones____, temperatura extrema calor____, temperatura extrema frío____, radiaciones no ionizantes_____, radiaciones ionizantes____, iluminación_____, sustancias químicas: cuales _____
Biológicos _____, psicosociales_____, manipulación de cargas_____, aplicación manual de fuerzas_____, postura sedente_____, postura de pie_____, postura de flexión de tronco__x___, postura de flexión de rodillas___, movimientos repetitivos de MsSs___x_, mecánicos___, eléctricos___, locativos___, físico-químico___, otros_____

No	EMPRESA	SECCION O CARGO	TIEMPO LABORADO	MEDIDAS DE CONTROL			
4	Universidad de la Guajira	Docente catedrático	10 años	EPP OIDO		EPP RESP	
				SI	NO	SI	NO
					X	X	

Riesgos a los que ha estado expuesto en los anteriores trabajos:
Ruido____, vibraciones____, presiones____, temperatura extrema calor____, temperatura extrema frío____, radiaciones no ionizantes_____, radiaciones ionizantes____, iluminación_____, sustancias químicas: cuales _____
Biológicos _____, psicosociales_____, manipulación de cargas_____, aplicación manual de fuerzas_____, postura sedente_____, postura de pie_____, postura de flexión de tronco__x___, postura de flexión de rodillas__x__, movimientos repetitivos de MsSs___x_, mecánicos___, eléctricos___, locativos___, físico-químico___, otros_____

No	EMPRESA	SECCION O CARGO	TIEMPO LABORADO	MEDIDAS DE CONTROL			
5				EPP OIDO		EPP RESP	
				SI	NO	SI	NO

Riesgos a los que ha estado expuesto en los anteriores trabajos:
Ruido____, vibraciones____, presiones____, temperatura extrema calor____, temperatura extrema frío____, radiaciones no ionizantes_____, radiaciones ionizantes____, iluminación_____, sustancias químicas: cuales _____
Biológicos _____, psicosociales_____, manipulación de cargas_____, aplicación manual de fuerzas_____, postura sedente_____, postura de pie_____, postura de flexión de tronco_____, postura de flexión de rodillas___, movimientos repetitivos de MsSs____, mecánicos___, eléctricos___, locativos___, físico-químico___, otros_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

PATOLOGIA	SI	NO	PADRE	MADRE	ABUELOS	TIOS	HEMANOS
CANCER		x					
INFARTO		x					
DERRAME CEREBRAL		x					
DIABETES		x					
HIPERTENSION ARTERIAL		x					
ASMA		x					
TUBERCULOSIS		x					
ENFERMEDADES MENTALES		x					
EPILEPSIA		x					

EXAMEN FISICO

Powered by CamScanner

PESO	TALLA	IMC	T.A	F.C	F.R
87 Kgs	1.72 Cms		120 / 80	76 /min	18 /min

SISTEMA	N	A	OBSERVACIONES
CABEZA			
SISTEMA OCULAR			
Agudeza visual lejana	x		
Agudeza visual cercana	x		
Parpados	x		
Conjuntivas	x		
Cornea	x		
Pupilas	x		
O.R.L.			
Tabique	x		
Mucosa nasal	x		
Pabellón auricular	x		
Conducto auditivo	x		
Timpano	x		
Labios	x		
Dentadura	x		
Mucosa oral	x		
Amigdalas	x		
Paladar duro	x		
Paladar blando	x		
CUELLO			
Adenopatías	-		
Masas	-		
Movimientos del cuello	x		
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
Ruidos cardiacos	x		
Soplos	-		
Cianosis	-		
SISTEMA VASCULAR PERIFERICO			
Varices	-		
Edemas	-		
Pulsos periféricos	x		
SISTEMA RESPIRATORIO			
Auscultación	x		
Percusión	x		
ABDOMEN			
Anillos	-		
Hernias	-		
Masas en pared	-		
Hígado	x		
Bazo	x		
Masas abdominales	-		
Palpación abdominal	x		
Ruidos intestinales	x		
Cicatrices	-		
SISTEMA GENITOURINARIO			
Glándula mamaria	x		
Genitales externos	x		
SISTEMA OSTEOMUSCULAR			
Extremidades superiores	x		
Extremidades inferiores	x		
Manos	x		
Músculos de cuello	x		
Músculos de espalda	x		
Articulaciones	x		
Movilidad articular	x		
Movilidad columna vertebral	x		
Alineación columna vertebral	x		
SISTEMA NEUROLOGICO			
Reflejos	x		

Powered by CamScanner

Marcha	x		
Coordinación motora	x		
Esfera mental	x		
PIEL Y FANERAS			
Piel	x		
Uñas	x		
Cabello	x		

VALORACION ESPECÍFICA PARA EQUILIBRIO, DINAMICO Y COORDINACION DINAMICA

(Evaluar si el colaborador realiza trabajo en altura)

PRUEBA DE EQUILIBRIO ESTATICO

PRUEBA DE ROMBERG SIMPLE	POSITIVO		NEGATIVO	x
PRUEBA DE ROMBERG SENSIBILIZADO	POSITIVO		NEGATIVO	x
PRUEBA DE LOS INDICES DE BARANY	POSITIVO		NEGATIVO	x
MANIOBRA DE DIX- HALLPIKE	POSITIVO		NEGATIVO	x

PRUEBAS DE EQUILIBRIO DINAMICO

BABINSKI-WELL O MARCHA A CIEGAS	MARCHA NORMAL	x	MARCHA DERECHA		MARCHA IZQUIERDA	
UNTERBERGER O PISOTEO A CIEGAS	CENTRADA	x				

PRUEBAS DE COORDINACION DINAMICA

PRUEBA INDICE – NARIZ	POSITIVO		NEGATIVO	xx
PRUEBA TALON - RODILLA	POSITIVO		NEGATIVO	

RESULTADOS DE LOS EXAMENES PARACLINICOS

EXAMEN	N	A	NA	EXAMEN	N	A	AN
Audiometría				Fosfatada alcalina			
Espirometría				EKG			
Optometría				Prueba de esfuerzo			
Glicemia				Creatinina			
Baciloscopia				Colesterol			
Cuadro Hemático				HDL			
Frotis de sangre periférica				VLDL			
GPT				LDL			
GOT				Triglicéridos			
Gravindex				Acido úrico			
hemoclasificacion				Serología			
Citología				TSH			
Rx de tórax				PSA			

CONCLUSIONES DEL MEDICO

Powered by CamScanner

EL SEÑOR (A) ONOLIS IBARRA DE PEREZ			
ES APTO	SI x	NO	
PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE: **INSTRUCTOR**			
APTO CON RESTRICCIONES:			
APTO CON LIMITACIONES QUE NO INTERFIEREN EN SU TRABAJO:			
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURA: SI: NO:			
RAZONES POR LAS CUALES NO ES APTO			
RESTRICIONES:			
RECOMENDACIONES:			
Usar EPP			
DIAGNOSTICOS:			
1.Sana			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Dra. Zobeida Brito Campo
SALUD OCUPACIONAL
REG. 283-03

Dra. ZOBEIDA BRITO CAMPO
MD SALUD OCUPACIONAL

EL TRABAJADOR
CC No

FECHA 13/04/23

CENTRO MEDICO ARY ACOSTA: Carrera 11 No 14ª -39 consultorio 22
Teléfono 7273397 Riohacha- Guajira

Powered by CamScanner

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

PÓLIZA
ISC000005573

equidad seguros
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		
14	11	2023	**DESDE**	14	11	2023	**HORA** 00:00	14	11	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	16	4	2024	**HORA** 23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ			**NIT/CC** 26965981
DIRECCIÓN	CL 14A N 11A - 21	**E-MAIL**	ONOLYS.IBARRA@GMAIL.COM	**TEL/MOVIL** 3045383635
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA			**NIT/CC** 899999034
DIRECCIÓN	CALLE 21 NO 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 NO 15 100	**E-MAIL**	SERVICIO.ALCIUDADANO@MISENA.EDU.CO	**TEL/MOVIL** 7273882
AFIANZADO	ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ			**NIT/CC** 26965981
DIRECCIÓN	CL 14A N 11A - 21	**E-MAIL**	ONOLYS.IBARRA@GMAIL.COM	**TEL/MOVIL** 3045383635

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	$ 441,870

VIGENCIAS GARANTIA

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DIAS DE VIGENCIA
2023-11-14	2024-04-16	154

VALOR A SEGURADO TOTAL	$ 441,870
NUMERO DE RIESGOS	

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 20,508	$ 7,000	$ 5,226	$ 32,734

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 PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS PARA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

SEGURO

CUMPLIMIENTO ESTATAL

equidad seguros

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		
14	11	2023	**DESDE**	14	11	2023	**HORA**	00:00	14	11	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	16	4	2024	**HORA**	23:59	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR ONOLYS MARINELA IBARRA DE PEREZ **NIT/CC** 26965981

DIRECCIÓN CL 14A N 11A - 21 **E-MAIL** ONOLYS.IBARRA@GMAIL.COM **TEL/MOVIL** 3045383635

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 CO1.PCCNTR.5524304 DE FECHA 14/11/2023 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 COMPLEMENTARIA PARA LA ATENCION DE LA DEMANDA SOCIAL Y/O RELACIONAMIENTO CORPORATIVO EN LA PROGRAMACIÓN REGULAR EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EJECUCION DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE ENERGÍAS ALTERNATIVAS

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