SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**17164-199137**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO	**C.C.**	1.140.840.826	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	pimendoza1@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO FALABELLA **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** 111701093782

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: 5772296/2024 **Nº Compromiso SIIF** **20124**

Valor Total del Contrato	$ 47.334.777	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.334.777	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.574,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.995.203		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS RADICADO 08-9-2024-001641 ...PZO 17/12/2024

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.574		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	**$ 1.339.574**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 891.431**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9461532639**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 520.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 65.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 83.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 2.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 334.893	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 297.144	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	891.431,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.191.374,00	
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	11.914,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$1.327.660,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA

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.

PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO
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,

LINDA EVELIN PICHON RONCALLO
INSTRUCTOR

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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140840826		MENDOZA SOLANO PAOLA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 43 # 75B 187 APT 702D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3209281	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	390105131	9461532639	I	2024/01/09	2024/01/11	BANCO FALABELLA	2	$337,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	1140840826	MENDOZA PAOLA	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140840826		MENDOZA SOLANO PAOLA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 43 # 75B 187 APT 702D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3209281	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	390105131	9461532639	I	2024/01/09	2024/01/11	BANCO FALABELLA	2	$337,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$400	$0	$186,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$400	$0	$186,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$300	$0	$145,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$300	$0	$145,300
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$800**	**$0**	**$337,500**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14419411053

(415)7707212489984(8020) 000001441941105 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 0 8 4 0 8 2 6	1	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 4 0 8 4 0 8 2 6	2 0 0 9 0 6 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	SOLANO	PAOLA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CR 46 79 222 CA 1 A

42. Correo electrónico: paomendozas@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 3 2 6 7 2 2	3 0 4 3 2 9 9 4 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 3 0	2 0 1 6 0 9 2 0							

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 2 0																									

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2017 - 06 - 27

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 NORIEGA CUENTAS BLADIMIR

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Clínica Iberoamérica

72201213

Petición No	**72201213**	**Fecha de ingreso**	22-Jul-2022 6:10 am
Paciente	**MENDOZA SOLANO PAOLA ISABEL**	**Fecha de impresión**	
Documento Id	CC 1140840826	**Sede**	LABORATORIO NUEVO HORIZONTE
Fecha de nacimiento	18-Feb-1991	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	31 Años **Sexo** F	**Empresa**	SANITAS EPS SIN VALE
Dirección	CR 46 79 222	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO NUEVO HORIZONTE
Teléfono	3043299406		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA	86.80	mg/dl	70	100
Método: Enzimático				
Fecha Validación: 22-Jul-2022 10:25 am				

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA
RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S

PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	181.90	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 200 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl				
COLESTEROL HDL	46.50	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Bajo : Menor de 40 mg/dl				
Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl				
COLESTEROL LDL - CALCULADO	116.60	mg/dl		
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 100 mg/dl				
Casi Optimo : Entre 100 - 129 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 130 - 159 mg/dl				
Alto : Entre 160 - 189 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 190 mg/dl				
TRIGLICERIDOS	94.00	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Normal : Menor de 150 mg/dl				
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl				
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl				
Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl				
Fecha Validación: 22-Jul-2022 10:25 am				

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA
RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S

HEMATOLOGIA				
HEMATOCRITO	41.00	%	35.00	47.00
Fecha Validación: 22-Jul-2022 9:40 am				
HEMOGLOBINA	13.30	g/dl	12.30	15.30
Fecha Validación: 22-Jul-2022 9:40 am				

Clínica Iberoamérica

72201213

Petición No	**72201213**	**Fecha de ingreso**	22-Jul-2022 6:10 am
Paciente	**MENDOZA SOLANO PAOLA ISABEL**	**Fecha de impresión**	
Documento Id	CC 1140840826	**Sede**	LABORATORIO NUEVO HORIZONTE
Fecha de nacimiento	18-Feb-1991	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	31 Años **Sexo** F	**Empresa**	SANITAS EPS SIN VALE
Dirección	CR 46 79 222	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO NUEVO HORIZONTE
Teléfono	3043299406		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Firma Responsable



SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA
RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S

UROANALISIS

UROANALISIS AUTOMATIZADO.

QUIMICA URINARIA	*		
Método: Fotometría de Reflactancia y Refractometria			
COLOR ...	AMARILLO		
VALORES DE REFERENCIA			
Amarillo			
TURBIDEZ.	LIMPIDO		
VALORES DE REFERENCIA			
Limpido			
DENSIDAD.	1.028	SG	
VALORES DE REFERENCIA			
1005 a 1030 SG			
PH .	6.0		
VALORES DE REFERENCIA			
4.5 A 8			
LEUCOCITOS .	NEGATIVO	cel/ul	
VALORES DE REFERENCIA			
0 a 24 cel/ul			
NITRITOS.	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA			
Negativo			
PROTEINAS .	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 15 mg/dl			
GLUCOSA .	NORMAL	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 20 mg/dl			
CUERPOS CETONICOS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 10 mg/dl			
UROBILINOGENO.	NORMAL	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 2 mg/dl			
BILIRRUBINAS.	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 0.5 mg/dl			
HEMOGLOBINA. (Hemoglobina Libre)	NEGATIVO	mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA			
0 a 0.03 mg/dl			
SEDIMENTO .	MANUAL		
CELULAS EPITELIALES .	1.8	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 6 HPF			
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS	1.6	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 6 HPF			
CELULAS EPITELIALES NO ESCAMOSAS	0.2	HPF	
VALORES DE REFERENCIA			
Menor de 1 HPF			
CELULAS DEL EPITELIO TRANSICIONAL-Tran EC	0.0	HPF	

Clínica Iberoamérica

72201213

Petición No	**72201213**	**Fecha de ingreso**	22-Jul-2022 6:10 am
Paciente	**MENDOZA SOLANO PAOLA ISABEL**	**Fecha de impresión**	
Documento Id	CC 1140840826	**Sede**	LABORATORIO NUEVO HORIZONTE
Fecha de nacimiento	18-Feb-1991	**Servicio**	CONSULTA EXTERNA
Edad	31 Años **Sexo** F	**Empresa**	SANITAS EPS SIN VALE
Dirección	CR 46 79 222	**Médico**	EPS SANITAS CENTRO MEDICO NUEVO HORIZONTE
Teléfono	3043299406		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VALORES DE REFERENCIA Menor de 1 HPF			
CELULAS DEL EPITELIO TUBULAR RENAL RTEC	0.2	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 1 HPF			
LEUCOCITOS .	0.3	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 1 HPF			
ERITROCITOS	0.1	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Menor de 4 HPF			
BACTERIAS .	2+		
VALORES DE REFERENCIA Escasas			
MOCO .	NEGATIVO		
VALORES DE REFERENCIA Negativo			
CILINDROS .	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Ausentes			
CILINDROS HIALINOS	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Ausentes			
CILINDROS PATOLOGICOS	0	HPF	
VALORES DE REFERENCIA Ausentes			

Fecha Validación: 22-Jul-2022 11:34 am

Firma Responsable

Rocío María Teran Padron
CC.32689033
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA IBEROAMERICA
RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA S.A.S

INMUNOLOGIA I

HIV ANTICUERPOS 0.19

Método: Electroquimioluminiscencia
Detección cualitativa del antígeno p24 del HIV 1 y anticuerpos anti-HIV 1 incluyendo el grupo O y de los anticuerpos anti-HIV 2
- Procesado en la Plataforma Cobas(e801)-Roche
*** VALORES DE REFERENCIA

No Reactivo : Menor de 1.00
Reactivo : Mayor o igual a 1.00

NO OLVIDE PRESENTAR ESTE RESULTADO A SU MEDICO EN LA PROXIMA CONSULTA

Fecha Validación: 23-Jul-2022 7:12 am

Firma Responsable

Diana Carolina Montenegro Sierra
CC.1032462418
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: DOMICILIOS CENTRAL DE REFERENCIA
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 realizó el día 26/01/2024 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 PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 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) PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 realizó el día 26/01/2024 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) PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 realizó el día 26/01/2024 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) PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 realizó el día 26/01/2024 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140840826 el día 26/01/2024 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

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 se evidenció que, **PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO** identificado con **CC** No. **1140840826**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 20/10/2022 **Fecha de inicio de cobertura:** 23/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401011574188.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111701093782** con fecha de apertura **2022-07-16** de titularidad del (la) señor(a) **Paola Isabel Mendoza Solano** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1140840826**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Trece (13) días del mes de enero de 2024, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 9517C06BFBF1

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1140840826
NOMBRES Y APELLIDOS	Mendoza Solano,Paola Isabel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mendoza Solano,Paola Isabel, a los 13 días del mes de enero del año 2024.

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

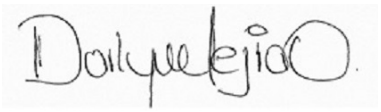
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAOLA ISABEL MENDOZA SOLANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1140840826,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2021** 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 13 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101038071	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	01	2024	22	01	2024	00:00	17	04	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MENDOZA SOLANO, PAOLA ISABEL		CC: 1140.840.826
DIRECCIÓN: CRA 43 75B - 187 APT 702D	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	3043299406

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 57 NRO. 8 - 69	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	76800600

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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5772296 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTERTEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22/01/2024	17/04/2025	$4,733,477.70

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	$ ********4,733,477.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS MARDIAL Y CIA. L	153937	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101038071

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101038071	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
19	01	2024	22	01	2024	00:00	17	04	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
MENDOZA SOLANO, PAOLA ISABEL	CC: 1140.840.826

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CRA 43 75B - 187 APT 702D	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3043299406

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 57 NRO. 8 - 69	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	76800600

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse · VISA · MasterCard · AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · éxito · Gana Gana · Su Red · Coopidrogas

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
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********4,733,477.70

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS MARDIAL Y CIA. L	153937	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 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 T RACIÓN

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

(415)7709998021167(8020)11013609353519(3900)000000033320(96)20250121

REFERENCIA PAGO:

1101360935351-9

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE