

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	922510
			Fecha Elaboración	16 de Febrero de 2024
			Versión	ENERO 2024 - 1,24
		ID de Proceso	33489-857854	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ	C.C.	1.099.366.054
Correo electrónico contratista:		afrodriguez@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3154957583
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 CAJA SOCIAL	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
			N° Cuenta	24094715358
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		5849399/2024	N° Compromiso SIIF	12124
Valor Total del Contrato		\$ 25.200.000	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 25.200.000	Del 01/02/2024 Al 29/02/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 22.400.000	Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: APOYO A LA GESTION EN LA EVALUACION Y CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA Y CONSTRUCCION Y REVISION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN LA(S) FUNCION(ES) PRODUCTIVA(S) O AREA(S) CLAVE DE MINERIA PL 270D VR MES \$2.800.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 2.800.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
			Retención en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.800.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.822.125	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
			\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a título de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL V		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299
\$ 700.000		\$ -	\$ 0	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916		\$ -	\$ 0	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916		\$ -	\$ 0	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500		\$ -	\$ 0	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ 0	
Dependientes hasta \$ 1.506.080		\$ -	\$ 0	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -	\$ 0	
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 607.375	\$ -	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	
				VALOR A PAGAR
				\$2.783.200,00
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se realiza reunión virtual de inducción y sensibilización al grupo de motoniveladora norma 280301223				
Se participo en la reunión de socialización presencial de ECCL 2024 del CIDM				
Se participo en la reunión virtual de la dirección regional apertura ECCL 2024				
Se participo en la reunión presencial capacitación de batería de instrumentos torre administrativa SENA 27				
se entrega documentos requeridos para inscripción de aspirantes proceso ECCL motoniveladora 280301223				
Se entrega información requerida para dar inicio a la construcción de baterías de instrumentos de evaluación				
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.				
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,				
SERGIO AUGUSTO AYALA MARTINEZ PROFESIONAL G02				
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 JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1099366054** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1099366054
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	200
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 17/01/2024

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ FERNANDEZ ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.099.366.054** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 12 de marzo de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024011713350

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14730182827			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1099366054				6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	
						14. Buzón electrónico 4	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1099366054		27. Fecha expedición 20071008	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Santander		30. Ciudad/Municipio 68 Lebríja		406	
31. Primer apellido RODRIGUEZ		32. Segundo apellido FERNANDEZ		33. Primer nombre ANDRES		34. Otros nombres FÉLIPE	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Santander		40. Ciudad/Municipio 68 Lebríja		406	
41. Dirección principal CR 6 B 7 48 BRR EL PESEBRE							
42. Correo electrónico anferofe24_09@hotmail.com							
43. Código postal 57		44. Teléfono 1 3154957583		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8551		47. Fecha inicio actividad 20170206		48. Código 8544		49. Fecha inicio actividad 20140210	
50. Código 8543				51. Código 2311		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 20							
20- Obtención NIT							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2021-01-10 15:18:56			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre RODRIGUEZ FERNANDEZ ANDRES FELIPE			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000
SUBTOTALES:										\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000

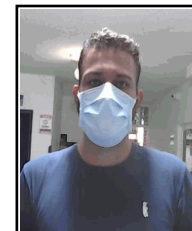
TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:													\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		EMPLOYADOR		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE				
1	CC 1099366054	RODRIGUEZ FERNANDEZ ANDRES FELIPE	INDEPEND		\$ 1.300.000			NO																		230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 370.500
--------------	-------------------



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 103.358

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	01 MES	2022 AÑO	BUCAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				SENA			
Nombre de la empresa				Empresa usuaria			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RODRIGUEZ FERNANDEZ ANDRES FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	32 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	CC	1099366054
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo EVALUADOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				PARCIAL DE ORINA			
OPTOMETRÍA				CUADRO HEMÁTICO			
AUDIOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO			
GLICEMIA				PRUEBA PSICOLÓGICA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
-----		USO DE EPP		HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ADOPTAR UNA ADECUADA POSTURA DURANTE LAS TAREAS DESARROLLADAS, INCLUYENDO ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS, ETC). SEGUIR PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL. REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES A SU JEFE INMEDIATO. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. VALORADO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y DERMATOLOGICO.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: VILLACRECES ARENAS SERGIO IVAN				Nombre: RODRIGUEZ FERNANDEZ ANDRES FELIPE			
R. M.: 3072/13				CC: 1099366054			
L.S.O.: 3072/13							



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, **ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ** identificado con CC No. **1099366054**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	<p>Fecha de afiliación: 25/01/2014</p> <p>Fecha de inicio de cobertura: 01/02/2024</p> <p>Estado Afiliación: ACTIVO</p> <p>Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024</p> <p>Fecha fin de Contrato: 30/10/2024</p> <p>Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p> <p>Clase de Riesgo: 5</p> <p>Cargo : PROFESIONALES DE LA EDUCACION, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES</p>

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): 20240101222859.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANDRES FELIPE RODRIGUEZ
FERNANDEZ

Identificado con CC 1099366054

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina GIRON, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24094715358
Fecha de apertura:	10 de Junio de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 20 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008426779

PÓLIZA No: 400-47-994000098116 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA	COD. AGENCIA: 400	RAMO: 47																		
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>31</td><td>01</td><td>2024</td><td>31</td><td>01</td><td>2024</td></tr><tr><td colspan="3">FECHA DE EXPEDICIÓN</td><td colspan="3">FECHA DE IMPRESIÓN</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	31	01	2024	31	01	2024	FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO															
31	01	2024	31	01	2024															
FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN																	

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN: CC 1099.366.054
DIRECCIÓN: KR 6 B N 7 48 BR EL PESEBRE	CUIDAD: LEBRIJA, SANTANDER
TELÉFONO: 6076566739	

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1
BENEFICIARIO: SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DESDE 01/02/2024	VIGENCIA HASTA 01/05/2025	SUMA ASEGURADA 2,520,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 8999999034 - **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO, .**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:
OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. PSP-STD-9225-033-2024 DE FECHA 30 DE ENERO DE 2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENa, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LA(S) FUNCIÓN(ES) PRODUCTIVA(S) O ÁREA(S) CLAVE DE MINERÍA; GAS; DISEÑO, CONFECCIÓN Y MODA; GESTIÓN DE PROCESOS PRODUCTIVOS; CONSTRUCCIÓN E INFRAESTRUCTURA; Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN ESTE PROCESO, VIGENCIA 2024

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****2,520,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00	IVA: \$ *****6,840	TOTAL A PAGAR: \$ *****42,840
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

NOMBRE INTERMEDIARIO ASISTIMOS SEGUROS LTDA	CLAVE 7151	%PART 100.00	NOMBRE COMPANIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
--	---------------	-----------------	----------------------------------	-------	-----------------

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMAS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA, EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMAS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

DE ACUERDO CON EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000400842677

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CAD820700B0DFA7958

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>



Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1099366054 realizó el día 15/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1099366054 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE RODRIGUEZ FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1099366054 el día 15/02/2024 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