

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN- ATLÁNTICO			Código Regional	8
				Código Centro	920710
				Fecha Elaboración	Febrero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	63911-947545	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ mihoz@sena.edu.co		C.C.	22.712.258
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto	0
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	NO
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	0550026300665325
				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:		5777910/2024		N° Compromiso SIIF	12424
Valor Total del Contrato		\$ 48.079.035	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 48.079.035	1	Del 22/01/2024 Al 31/01/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 46.739.371		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		R.P.-SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE EMPRENDIMIENTO DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 1.339.664	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.339.664	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 621.299	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		Enero	Diciembre	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		\$ 6.800	\$ 0	Menos Retención IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208	\$ -	Reteica - 8299	
\$ 334.916		\$ -	\$ -	9.692,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916	\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916	\$ -	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500	\$ -	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080	\$ 133.966	Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Descuentos de Libranza	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 207.100	Descuentos de embargo (Si tiene)	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	0,00	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$ 1.329.972,00	
SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Desarrollar la revisión de planeación pedagógica según la competencia de aprendizaje del programa de formación					
Verificar condiciones de ambientes asignados según horario de la programación					
Organizar formación en Emprendimiento a grupos asignados por la Coordinación Académica					
Organizar formación en los Programas Técnicos en Mecánica de Maquinaria Industrial, Carpintería de Aluminio					
Organizar formación en los Programas Técnicos en Mantenimiento de Equipos de Aire Acondicionado y Refrigeración					
Organizar formación en el Programa de Tecnólogo en Mantenimiento Electromecánico Industrial y en Aseguramiento Metrológico Industrial					
Orientar formación en Emprendimiento a los grupos: TMMI 86 - TMMI 87 - MAAER 1 - MAAER 2 - MAAER 3 - MAAER 4 - TCA 3 - TAM 2 - TEM 2					
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.					
					
MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ 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 periodo 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,					
					
ISABEL CRISTINA NINO CAMACHO 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 DORIS ESTER DEL TORO RUIZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023078	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	95289984	9460676093	I	2024/01/16	2024/01/24	BANCO DE OCCIDENTE	\$185,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$618,667	\$99,000			\$618,667	\$77,400			\$618,667	\$3,800			\$618,667	\$3,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$618,667	\$99,000			\$618,667	\$77,400			\$618,667	\$3,800			\$618,667	\$3,300		\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$618,667	\$99,000			\$618,667	\$77,400			\$618,667	\$3,800			\$618,667	\$3,300		\$0	\$0	
1	CC	22712258	POLO MARIA	230301	16	\$618,667	\$99,000	EPS010	16	\$618,667	\$77,400	CCF06	16	\$618,667	\$3,800	14-23	16	\$618,667	\$3,300	16	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$618,667	\$99,000			\$618,667	\$77,400			\$618,667	\$3,800			\$618,667	\$3,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 38 21 74 BLQ G20 APTO 205	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023078	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	95289984	9460676093	I	2024/01/16	2024/01/24	BANCO DE OCCIDENTE	\$185,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$99,000	\$800	\$0	\$99,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$99,000	\$800	\$0	\$99,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,300	\$100	\$0	\$3,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$3,300	\$100	\$0	\$3,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,800	\$100	\$0	\$3,900
COMBARRANQUILLA	CCF06	890,102,002	2	1	\$3,800	\$100	\$0	\$3,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$77,400	\$600	\$0	\$78,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$77,400	\$600	\$0	\$78,000
TOTAL				1	\$183,500	\$1,600	\$0	\$185,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 38 #21-74	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3008028632	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	466550663		9463179869	N	2024/01/16	2024/02/20	BANCO DAVIVIENDA	\$165,500

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)					\$541,333	\$86,600			\$541,333	\$67,600			\$541,333	\$3,200			\$541,333	\$2,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$541,333	\$86,600			\$541,333	\$67,600			\$541,333	\$3,200			\$541,333	\$2,800		\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$541,333	\$86,600			\$541,333	\$67,600			\$541,333	\$3,200			\$541,333	\$2,800		\$0	\$0	
1	CC	22712258	POLO MARIA	230301	16	(\$618,667)	(\$99,000)	EPS010	16	(\$618,667)	(\$77,400)	CCF06	16	(\$618,667)	(\$3,800)	14-23	16	(\$618,667)	(\$3,300)	16	\$0	\$0
2	CC	22712258	POLO MARIA	230301	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS010	30	\$1,160,000	\$145,000	CCF06	30	\$1,160,000	\$7,000	14-23	30	\$1,160,000	\$6,100	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$541,333	\$86,600			\$541,333	\$67,600			\$541,333	\$3,200			\$541,333	\$2,800		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22712258		POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 38 #21-74	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3008028632	Si

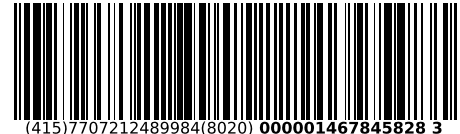
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	466550663	9463179869	N	2024/01/16	2024/02/20	BANCO DAVIVIENDA	35	\$165,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$86,600	\$2,800	\$0	\$89,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$86,600	\$2,800	\$0	\$89,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,200	\$200	\$0	\$3,400	
COMBARRANQUILLA	CCF06	890,102,002	2	1	\$3,200	\$200	\$0	\$3,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$67,600	\$2,200	\$0	\$69,800	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$67,600	\$2,200	\$0	\$69,800	
TOTAL				1	\$160,200	\$5,300	\$0	\$165,500	

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14678458283



(415)7707212489984(8020) 000001467845828 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

2 2 7 1 2 2 5 8

9

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

2 2 7 1 2 2 5 8

2 0 0 1, 0 1, 2 2

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

COLOMBIA

1 6 9

Atlántico

0 8

Palmar de Varela

5 2 0

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

POLO

DE LA HOZ

MARIA

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

CL 37 21 85 BL G 20 AP 205

42. Correo electrónico

marisapolo@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 3 0 7 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 4 1

2 0 2 0, 0 1, 2 0

8 5 5 1

2 0 1 3, 0 2, 0 7

8 5 4 2

3 4 1 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

2020 - 01 - 20

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 POLO DE LA HOZ MARIA ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 realizó el día 16/02/2024 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 MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 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) MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22712258 el día 16/02/2024 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

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100079972** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, expedida por la Compañía en **21/01/2024**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

BARRANQUILLA a los **21** días del mes **ENERO** del año **2024**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

28361076

Fecha de Facturación

21/01/2024

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

BQ-100079972

Periodo Facturado

22/01/2024

14/04/2025

Fecha Límite de Pago

20/02/2024

Prima (incluye gastos de expedición)

25.000,00

IVA

4.750,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

29.750,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL

CL 37 21 85

22712258

Intermediario

DIOSA ROSALES
GONZALEZ

Cheque

Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **20/02/2024** se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctamente y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

28361076

Fecha de Facturación

21/01/2024

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

Póliza No.

BQ-100079972

Periodo Facturado

22/01/2024

14/04/2025

Fecha Límite de Pago

20/02/2024

Prima (incluye gastos de expedición)

25.000,00

IVA

4.750,00

VALOR TOTAL A PAGAR \$

29.750,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social

POLO DE LA HOZ, MARIA ISABEL

CL 37 21 85

22712258

Intermediario

DIOSA ROSALES
GONZALEZ

Cheque

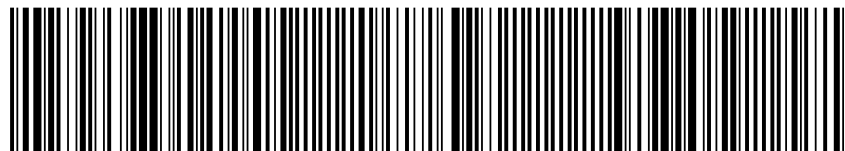
Banco

No Cuenta

No Cheque

Valor Cheque

TOTAL

Corresponsales
OPCIÓN 1

(415)7709998434219(8020)00000028361076(3900)000000029750(96)20240220

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2

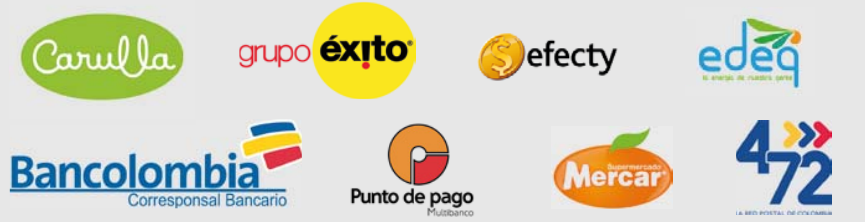
(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028361076(3900)000000029750(96)20240220

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1


CORRESPONSALES



OPCIÓN 2


BANCOS




CORRESPONSALES



Tu compañía siempre



LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN
CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Identificación: F-GSTMT-61
Versión: 1
Fecha de vigencia: 2022-10-19
Pagina 1 de 1
Impreso el 2023-07-04 - 04:01:48 PM

DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA: Martes 4 de Julio de 2023
NOMBRES: MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ
TIPO DOCUMENTO: RUT
DOCUMENTO: 22712258
EDAD: 31
FECHA NACIMIENTO: (A/M/D) 1981-09-15
LUGAR NACIMIENTO: Palmar de Varela - Atlantico
CARGO: INSTRUCTORA

HORA INICIA: 8:23:59 AM
HORA FINALIZA: 09:08:05
RH: O positivo
GENERO: Femenino
ESTADO CIVIL: Separado
ESCOLARIDAD: Universitario
CELULAR: 3008028632
DIRECCIÓN: Calle 38# 2174Barranquilla-Atlantico



DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: SENA
ACTIVIDAD: EDUCACIÓN

NIT: 899999034-1
CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLÁNTICO
TELEFONO: 3344863 - Ext 52247
DIRECCIÓN: Calle 30#3E-164 B/quilla

EXAMENES REALIZADOS

Colesterol, Glicemia, Trigliceridos, Parcial de orina, Hemograma, Tamizaje de voz, Audiometría, Visiometría

ENFASIS

Osteomuscular, Cardiovascular, Psicosocial,

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (Si)

Visual, Auditivo, Voz,

RESTRICCIONES

Ninguna

RECOMENDACIONES:

TRABAJADOR: 1- Cuidar su salud y protección, cumpliendo con las acciones del SGSST. 2-Hacer pausas activas periódicas. 3-Usar los elementos protección personal adecuados. 4-Dieta balanceada, estilo de vida saludable y manejo del estrés. Valoración otorrinolaringología EPS

EMPLEADOR: 1-Realizar los exámenes médicos ocupacionales anual o según la normatividad vigente, según el caso. 2-Seguimiento y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3-Realizar pausas activas en sus trabajadores. 4-Seguir recomendaciones, lineamientos y protocolos de prevención Covid-19.

OBSERVACIONES:

Ninguna

RESULTADO DE APTITUD LABORAL

Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo

Firmado digitalmente
Martes 4 de Julio de 2023

Firma, Licencia: 5127, Doctor(a): LEYDY DIANA CERINZA BARRIOS

Nombre o Firma del Trabajador

-La presente certificación se expide con base a la información manifestada por el trabajador, por la empresa, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, Dicho certificado tiene carácter confidencial, y es válido solo para el SENA, según la normatividad vigente.



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

10/01/2024

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora MARIA ISABEL POLO DE LA HOZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **22712258**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	026300665325
Fecha de apertura	15/07/2009

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA