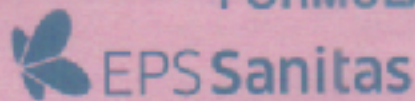


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CÓRDOBA CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA		Código Regional	23			
			Código Centro	952310			
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024			
			Versión	ENERO 2024 - 1,24			
		ID de Proceso	87320-791966				
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos contratista:		MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ		C.C.	15.671.745		
Correo electrónico contratista:		mnarangom@sena.edu.co		IP/N° de contacto	01		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO		
		Es declarante de renta?		SI	Es Pensionado?	NO	
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		
		N° Cuenta		50455535703			
		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:		5781889/2024		N° Compromiso SIIF	25424		
Valor Total del Contrato		\$ 47.000.000		N ° Pago	1		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 47.000.000		Periodo objeto de pago			
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 42.300.000		Del	12/02/2024		
				Al	29/02/2024		
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO EVALUADORES DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CÓRDOBA EN EL AREA DE GESTION ADMINISTRATIVA					
(Descripción del servicio prestado)							
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 4.700.000		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		\$ 4.700.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.763.225		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 titulo de RENTA	2.763.225,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.880.000		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.164.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 235.000		\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 300.800		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL		\$ 9.900		\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208		\$ -	Reteica - 8299	8.328,00	0,200%
		\$ 1.175.000		\$ -		0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916		\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -			
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ 470.000	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 921.075			
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	VALOR A PAGAR	\$4.691.672,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
ASISTIR REUNION DE CAPACITACION CON EL SUPERVISOR DE COMPETENCIA							
ASISTIR REUNION CON DINAMISADORES DE INSTRUMENTOS							
ASISTIR A REUNION CON LIDERES DE COCHEROS EN EL MUNICIPIO DE PLANETA RICA							
ASISTIR A REUNION CON JUNTA DE ACCIONAL COMUNAL VEREDA LA CHIQUITA ESTE YA ESTA LISTO PARA REUNION SENSILIBILIZACION GRUPO DE 30							
ASISTENCIA AL FORO EVENTO PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO							
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.							
						MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.							
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:						JAVIER EMIRO RAMOS BELLO PROFESIONAL G02	
EL ORDENADOR DEL PAGO							
JOSE ANASTASIO RESTREPO CASTELLANOS							
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02							

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 890.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

05/07/2018



170495796

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ C. Institucional: Beneficiario o Afiliado adicional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Arango Martinez Muño Nicolas		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 15.571.745	9. Sexo Femenino Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 15/07/1968
---	--	---	--	---	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.300.000	
18. Residencia Dirección Cra 14 # 19-12					Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3012011906		Correo Electrónico arianmar10@hotmail.com			
Municipio / Distrito Montería		Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Centro		Departamento Córdoba

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		25. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		26. Número del documento de identidad	
27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA			
29. Parentesco					

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA		29. Parentesco	
B1				Femenino Masculino		DD MM AAAA			
B2				Femenino Masculino		DD MM AAAA			
B3				Femenino Masculino		DD MM AAAA			
B4				Femenino Masculino		DD MM AAAA			
B5				Femenino Masculino		DD MM AAAA			

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o Celular		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
B1		F N M T P		Montería Urbana Rural		Córdoba					
B2		F N M T P		Urbana Rural							
B3		F N M T P		Urbana Rural							
B4		F N M T P		Urbana Rural							
B5		F N M T P		Urbana Rural							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C IPS medicina		276712	
B IPS odontología		146407	
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC	37. Número del documento de identificación TI PA CE CD	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
43. EPS anterior Sanitas		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☒ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1591 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario X Maria Arango	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio

IX. ANEXOS	
☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad <input type="text"/> TOTAL 7 ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	CN RC TI CC PA CE CD SC

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		71. Firma del Funcionario	
Tipo de documento <input type="text"/>		Número de documento de identidad	
Observaciones: Afiliación Independiente cod 03			

EPS Sanitas

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
OFICINA MONTERIA

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

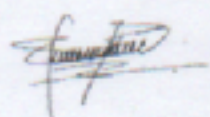
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación Tatís	Sticker procesamiento
RECIBIDO POR FECHA 4:50 HORA 05-02-2024		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15671745**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2017** 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 06 de febrero de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.



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, **MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ** identificado con **CC No. 15671745**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de afiliación: 17/02/2024 Fecha de inicio de cobertura: 17/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 12/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/11/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 Cargo : CONTRATISTA

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): 202401012527932.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14879392228



(415)7707212489984(8020) 000001487939222 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 5 6 7 1 7 4 5

1

Impuestos y Aduanas de Montería

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 5 6 7 1 7 4 5

1 9 8 9, 0 3, 0 2

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Planeta Rica

5 5 5

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

ARANGO

MARTINEZ

MARIO

NICOLAS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Planeta Rica

5 5 5

41. Dirección principal

CL 18 9 79

42. Correo electrónico

aranmario@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 2 0 1 1 9 0 8

45. Teléfono 2

3 0 0 8 1 1 9 0 4 5

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

5 6 1 3

2 0 2 2, 1 1, 0 1

7 0 1 0

2 0 0 6 0 8, 0 4

1 2 1 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

2022 - 11 - 30 / 11 : 50: 01

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 ARANGO MARTINEZ MARIO NICOLAS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Certificación Bancaria

Martes, 06 de febrero de 2024

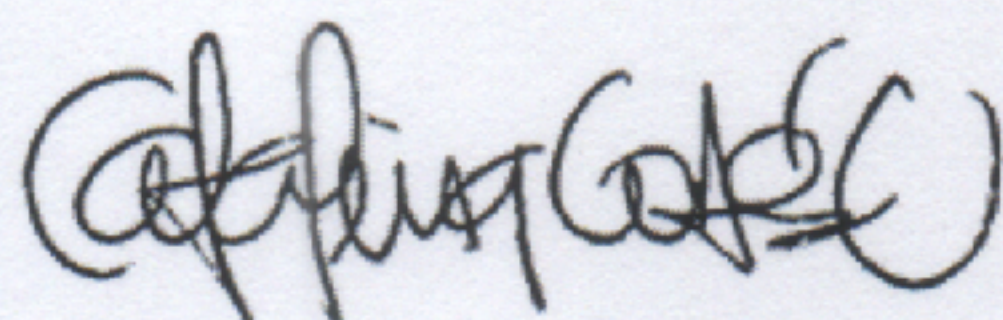
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ identificado(a) con CC 15671745, 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	50455535703	2003-07-22	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.

 **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 correosospchoso@bancolombia.com.co



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15671745 realizó el día 19/02/2024 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 MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15671745 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 -



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIO NICOLAS ARANGO MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 15671745 el día 19/02/2024 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