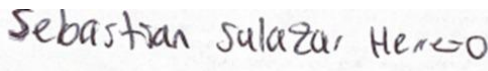
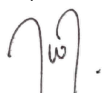


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER DESPACHO REGIONAL-APORTES		Código Regional	68	
			Código Centro	101068	
			Fecha Elaboración	19 de Febrero de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
			ID de Proceso	75231-560656	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO		C.C.	1.098.702.812
Correo electrónico contratista:		scsalazar@sena.edu.co		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 ?	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	0488422779055
				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:		5792428/2024		N° Compromiso SIIF	7124
Valor Total del Contrato		\$ 30.910.889	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 30.910.889	1	Del 24/01/2024 Al 31/01/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 30.179.270		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS EN LA GESTION ADMINISTRATIVA APOYANDO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES Y SENSIBILIZACION QUE PERMITAN A LA REGIONALES EL CUMPLIMIENTO A INDICADORES DE CONTRATO DE APRENDIZAJE Y REGULACION PL 11M Y 8D VR MES \$2.743.570			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 731.619	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 731.619	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 473.114	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 titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 346.667	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 43.400	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 55.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 1.900	\$ 0	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		Reteica - 8211	
\$ 182.904				5.694,00	
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		\$ -		Sobretasa Bomberil	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		569,00	
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 157.705		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00	
				DESCUENTOS DE LIBRANZA	
				DESCUENTOS DE EMBARGO (SI TIENE)	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$725.356,00	
SON: SETECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
SE REALIZO INDUCCION SOBRE CONTRATO DE APRENDIZ					
SE CONOCIO EL MANEJO DE LA PLATAFORMA SGVA					
SE ATENDIDO ESTUDIANTES					
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			SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO EL CONTRATISTA		
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 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.					
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			JAVIER TOLOSA HERNANDEZ PROFESIONAL G02		
EL ORDENADOR DEL PAGO JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO DIRECTOR REGIONAL A G08					



BMANGA, Enero 18 de 2024

Señor:
SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO
CC. 1098702812
CL 60 9 143 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 16 de 2004. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO	1098702812	C	Mar-16-2004	582	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ KING LAURA MILENA	1098703292	C	Jun-29-2012	4	0	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Jun-29-2012	Anulación por TDA negados	Ninguna
SALAZAR RODRIGUEZ THOMAS SEBASTIAN	1146336597	T	Feb-14-2015	253	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SALAZAR PEDRAZA SANTIAGO	1097106283	T	May-18-2010	500	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACTIVOS Y LOGISTICOS SAS	1098702812	Dependiente	CERRADO
ACTIVOS Y LOGISTICOS SAS	1098702812	Dependiente	CERRADO
ALCALDIA DE BUCARAMANGA	1098702812	Dependiente	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Trabajador Independiente	CERRADO
SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO	1098702812	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

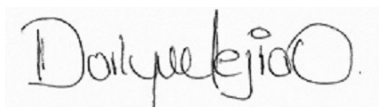
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098702812**, se encuentra afiliado/a desde **07/09/2010** 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 18 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejía Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098702812		SALAZAR HERRERO SEBASTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SAN MARCOS TORRE 10 APTO 204	BUCARAMANGA-SANTANDER	6039406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	1000000552	9460248106	I	2024/01/04	2023/12/12	BANCO DE BOGOTA	\$336,700

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)					\$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: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	
1	CC	1098702812	SALAZAR SEBASTIAN	25-14	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS002	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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098702812		SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SAN MARCOS TORRE 10 APTO 204	BUCAMANGA-SANTANDER	6039406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-12	2023-12	1000000552	9460248106	I	2024/01/04	2023/12/12	BANCO DE BOGOTA	\$336,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL				1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700



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° 126.783

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
17 DÍA	02 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (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)									
SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		31 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS		CC 1098702812	
Apellidos y Nombres								Tipo Número	
Cargos									
TECNICO DE LA AP									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA									
Observaciones: NO APLICA									
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)									
RESTRICCIONES LABORALES				RECOMENDACIONES					
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				CUADRO HEMÁTICO					
OPTOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO					
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOLÓGICA					
GLICEMIA				EVALUCION FONOAUDIOLOGICO					
PARCIAL DE ORINA				-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
-----			-----			HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
SE REALIZO ENFASIS 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: Lida Ferreira C LIDA FERREIRA CARO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN No. 06197				Firma: Sebastian Salazar					
Nombre: FERREIRA CARO LIDA				Nombre: SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO					
R. M.: 251536 L.S.O.: 06197				CC: 1098702812					

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2024VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 1098688132
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1098688132	LAURA MARCELA GALVIS MATEUS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	215	24/01/2024	CC 1098702812	SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FRT15_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

0E8DA9B6937A5024605616665DCDDC0F

Certificado impreso el día 1/23/2024 7:03:56 PM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA Y FISCALIZACIÓN
DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

SEBASTIAN CAMILO

SALAZAR HERREÑO

1098702812

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.



CERTIFICADO

**BUCARAMANGA,
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese**

23/02/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERRENO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1098702812**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488422779055
Fecha de apertura	02/08/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: BOGOTÁ			COD. SUC: 11		NO. PÓLIZA: 11-46-101045024		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 23 MES: 01 AÑO: 2024			VIGENCIA DESDE: DÍA: 23 MES: 01 AÑO: 2024			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 30 MES: 04 AÑO: 2025		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO								IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,098,702,812	
DIRECCIÓN: TORRES DE SAN REMO TORRE 3 APTO 202 REAL DE MINAS				CIUDAD: BUCARAMANGA - SANTANDER				TELÉFONO: 3204167693	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		IDENTIFICACIÓN:		NIT. :899,999,034-1					
DIRECCIÓN:		CALLE 16 NO. 27-37		CIUDAD:		BUCARAMANGA - SANTANDER		TELÉFONO:		3107776424	
ADICIONAL:											

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.5792428 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA APOYANDO EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES Y SENSIBILIZACIÓN QUE PERMITAN A LA REGIONALES EL CUMPLIMIENTO A LOS INDICADORES DE CONTRATO DE APRENDIZAJE Y REGULACIÓN.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/01/2024	30/04/2025	\$ 3,091,088.90
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	\$ 3,091,088.90	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
POLANIA VEGA CIA LTDA	174346	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13A NO 96-66 - TELÉFONO: 2180903 - BOGOTÁ, D.C.





Sebastian Salazar Herreo

11-46-101045024

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14973531846			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1098702812				6. DV 4		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 1098702812		27. Fecha expedición 20090408	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Santander		30. Ciudad/Municipio Bucaramanga		001	
31. Primer apellido SALAZAR		32. Segundo apellido HERREÑO		33. Primer nombre SEBASTIAN		34. Otros nombres CAMILO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Santander		40. Ciudad/Municipio Bucaramanga		001	
41. Dirección principal CONJ TORRES DE SAN REMO TO TRES AP 202 BRR REAL DE MINAS							
42. Correo electrónico ssalazar2010@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3204167693			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
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
8211	20100503					9221	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
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 2024 - 01 - 18 / 12 : 03: 28			
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 SALAZAR HERREÑO SEBASTIAN CAMILO			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



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

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098702812 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

Sebastian Salazar Herreno



Hace constar:

Que el Sr(a) SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098702812 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo SEBASTIAN CAMILO SALAZAR HERREÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098702812 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 -