SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL GUAJIRA**
**CENTRO INDUSTRIAL Y DE NERGÍA ALTERNATIVAS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **44** |
| **Código Centro** | **922210** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **25283-371158** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** JAIME RAMON MAYA GOMEZ
**Correo electrónico contratista:** jrmaya@sena.edu.co
**C.C.** 84.087.940 **IP/Nº de contacto** 3013653128

**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 **Nº Cuenta** 236800002925

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 5906202/2024 **Nº Compromiso SIIF** **11724**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.189.905 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 40.189.905 | **1** | **Del** | **12/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 3.423.585,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.766.320 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal de Artesanos, Técnicos, Tecnólogos y/o Profesionales que se desempeñen como instructores en los programas de Formación Complementaria de la Programación de atención a población víctima y vulnerable ejecutando horas directas a formación y otras actividades relacionadas con la Ejecución de la Formación Profesional Integral en el

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.423.585 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.423.585** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.012.720** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9462713537** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.369.434 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 171.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 219.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 7.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ 9.805.208 | $ - | |
| | $ 855.896 | | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | $ 4.706.500 | $ - | |
| Aportes pensiòn de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| DDD Dependientes hasta | $ 1.506.080 | $ 342.359 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 3.098.445 | $ 670.907 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.012.720,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.033.185,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 9.100,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Prouniversidad de la Gua | 68.472,00 | 2,000% |
| Estampilla Prodesarrollo Fronterizo | 17.118,00 | 0,500% |
| Estampilla Prodesarrollo Dptal | 68.472,00 | 2,000% |
| Estampilla Pro-Cultura | 51.354,00 | 1,500% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.209.069,00** | |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

socializar la ofertas en la diferentes sectores
entregar matricula de 27 aprendices
Manejo basico herramietas excel
Codgio 13410563
Resultado de aprendizaje Utilizar herramientas informaticas de acuero con las necesicidades del manejo de la informacion

**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.

**JAIME RAMON MAYA GOMEZ**
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**CARLOS ALBERTO BARRIOS NISPERUZA**
**INSTRUCTOR G09**

**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**

**CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# NUEVA EPS S.A
# Certifica.

31 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotizacion:

**Datos del COTIZANTE**

**CC 84087940 JAIME RAMON MAYA GOMEZ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A** | 0 | **Estado** | VIGENTE |
| **Fecha Afiliación** | 01/10/2020 | **Causal** | |
| **Fecha Ultimo Periodo Cotizado** | 01/11/2023 | | |
| **Fecha Cancelación** | 00/00/0000 | | |

La presente certificación se expide el día 6 de Febrero de 2024 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**ELKIN TOMAS GONZALEZ GOMEZ**
AUX REGISTRO Y CONTROL

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JAIME RAMON MAYA GOMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **84.087.940**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JAIME RINCON MAYA GOMEZ** identificado con **CC** No. **84087940**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de afiliación:** 22/01/2015<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 12/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 12/11/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** INSTRUCTOR |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012626114.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**RIOHACHA, LA GUAJIRA,** **07/02/2024**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAIME RAMON MAYA GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **84087940**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **236800002925** |
| Fecha de apertura | **22/09/2009** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973614568

(415)7707212489984(8020) 000001497361456 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 4 0 8 7 9 4 0 | 8 | Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5 | |

## 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 | 84087940 | 1 9 9 8 0 7 1 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MAYA | GOMEZ | JAIME | RAMON |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| SET IN TV | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 7 H 37 15

42. Correo electrónico: jrmaya0@misena.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 3 6 5 3 1 2 8 | |

## 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 |
| 6 2 0 1 | 2 0 2 0 0 7 0 1 | 8 2 9 9 | 2 0 2 2 1 0 1 0 | 5 9 1 2 / 8 5 4 4 | 2 1 3 1 | 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

| Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 | |
| | | 57. Modo | | | | |
| | | 58. CPC | | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 18 / 15 : 20: 14

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 MAYA GOMEZ JAIME RAMON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 84087940 | | MAYA GOMEZ JAIME RAMON | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 7hNo. 37-15 | RIOHACHA-LA GUAJIRA | 7290015 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-12 | 2023-12 | 440740196 | 9462713537 | I | 2024/01/11 | 2024/02/06 | NEQUI | 26 | $344,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | | Aporte | Codigo | Días | IBC | |
| 1 | CC 84087940 | MAYA JAIME | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | **$1,160,000** | **$185,600** | | | **$1,160,000** | **$145,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,160,000** | |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $4,400 | $0 | $190,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $4,400 | $0 | $190,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $200 | $0 | $6,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,100 | $200 | $0 | $6,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $3,400 | $0 | $148,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $145,000 | $3,400 | $0 | $148,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $8,000 | $0 | $344,700 |

**SEGURO**
**CUMPLIMIENTO ESTATAL**

**PÓLIZA**
**ISC000006132**

equidad seguros
**NIT** **860028415**

## INFORMACIÓN GENERAL

**COD.PRODUCTO** 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
**COD.AGENCIA** 100017 **CERTIFICADO** 0 **DOCUMENTO : Nuevo** **TEL:** 5707332
**AGENCIA** SUC. VALLEDUPAR **DIRECCIÓN** CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **12** | **2** | **2024** | **DESDE** | 12 | 2 | 2024 | **HORA** | 00:00 | **12** | **2** | **2024** |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | 30 | 4 | 2025 | **HORA** | 23:59 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** JAIME RAMON MAYA GOMEZ **NIT/CC** 84087940
**DIRECCIÓN** CR 7 H 37 15 **E-MAIL** JRMAYA0@MISENA.EDU.CO **TEL/MOVIL** 3013653128
**ASEGURADO** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA **NIT/CC** 899999034
**DIRECCIÓN** CL 21 15-100 **E-MAIL** DCARDONAA@SENA.EDU.CO **TEL/MOVIL** 7273882
**BENEFICIARIO** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL GUAJIRA **NIT/CC** 899999034
**DIRECCIÓN** CL 21 15-100 **E-MAIL** DCARDONAA@SENA.EDU.CO **TEL/MOVIL** 7273882
**AFIANZADO** JAIME RAMON MAYA GOMEZ **NIT/CC** 84087940
**DIRECCIÓN** CR 7 H 37 15 **E-MAIL** JRMAYA0@MISENA.EDU.CO **TEL/MOVIL** 3013653128

## INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO

| DESCRIPCIÓN | DETALLE |
|---|---|
| CIUDAD | RIOHACHA |
| DEPARTAMENTO | LA GUAJIRA |
| LOCALIDAD | RIOHACHA |
| DIRECCION | RIOHACHA |
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

| INFORMACIÓN RIESGO A SEGURADO | |
|---|---|
| **GARANTÍAS OTORGADAS** | **VALOR AFIANZADO** |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | $ 4,018,991 |

| VIGENCIAS GARANTIA | | |
|---|---|---|
| **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN** | **DIAS DE VIGENCIA** |
| 2024-02-12 | 2025-04-30 | 443 |

**VALOR A SEGURADO TOTAL** $ 4,018,991
**NUMERO DE RIESGOS**

| PRIMA NETA | GASTOS | IVA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 20,487 | $ 7,000 | $ 5,223 | $ 32,709 |

**FORMA DE PAGO** Contado

**ENTIDAD BANCARIA**

| COASEGURO | |
|---|---|
| **COMPAÑÍA** | **PARTICIPACION** |
| | |
| | |
| | |

| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO** | **NOMBRE** | **PARTICIPACIÓN** |
| 1118803626 | JOSE IGNACIO BLANCO MENDOZA | % |
| | | |
| | | |

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada autom áticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

*CLAUSULADO N°.*

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS se unimarca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

**SEGURO**

**CUMPLIMIENTO ESTATAL**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD.PRODUCTO** | 0403 | **PRODUCTO** | CUMPLIMIENTO ESTATAL | | |
| **COD.AGENCIA** | 100017 | **CERTIFICADO** | 0 | **DOCUMENTO : Nuevo** | **TEL:** 5707332 |
| **AGENCIA** | SUC. VALLEDUPAR | | | **DIRECCIÓN** | CALLE 16 NO 10 30 EDIFICIO BANCOOP |

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **12** | **2** | **2024** | **DESDE** | 12 | 2 | 2024 | **HORA** | 00:00 | **12** | **2** | **2024** |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | 30 | 4 | 2025 | **HORA** | 23:59 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** JAIME RAMON MAYA GOMEZ **NIT/CC** 84087940

**DIRECCIÓN** CR 7 H 37 15 **E-MAIL** JRMAYA0@MISENA.EDU.CO **TEL/MOVIL** 3013653128

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30/04/2021-1501-P-05-GCUMC00002000403-D00I, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

*** OBJETO***

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO CO1.PCCNTR.5906202 DE FECHA 12/02/2024 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS, TÉCNICOS, TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS OBJETO DEL CONTRATO PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VÍCTIMA Y VULNERABLE EJECUTANDO HORAS DIRECIAS A FORMACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE ENERGIAS ALTERNATIVAS DE LA REGIONAL GUAJIRA.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS



# CERTIFICADO PAGO

A solicitud del cliente certificamos que la póliza relacionada a continuación se encuentra al día:

| | |
|---|---|
| TOMADOR: | JAIME RAMON MAYA GOMEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | 84087940 |
| PÓLIZA: | ISC000006132 |
| CERTIFICADO: | 0 |
| PRODUCTO: | CUMPLIMIENTO ESTATAL |
| VALOR PRIMA: | $ 32,709 |

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE EXPIDE EN BOGOTÁ, A LOS 12 DÍAS DE FEBRERO DE 2024

ATENTAMENTE,

**FIRMA AUTORIZADA**
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C**

**TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 realizó el día 21/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

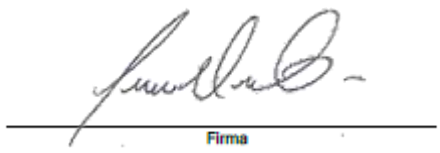
La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 realizó el día 21/02/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 el día 21/02/2024 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 realizó el día 21/02/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) JAIME RAMON MAYA GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 84087940 realizó el día 21/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas