SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**6 de Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**45858-992720**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MAURICIO ORTIZ CHAVES	**C.C.**	13.959.093	**IP/Nº de contacto**	3108788202
Correo electrónico contratista:	mauortiz@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0857026223

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: 6006993/2024 **Nº Compromiso SIIF** **26424**

Valor Total del Contrato	$ 49.338.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 49.338.500	**1**	**Del**	**27/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 488.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 48.850.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTION DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO PL 10 MESES Y 3 DIAS VR MES $4.885.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 488.500		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	**$ 488.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 66.720**		**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	----------	**7910906326**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 122.125	$ -	
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 pensión 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	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 44.863	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	66.720,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	488.500,00	
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	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$488.500,00**	

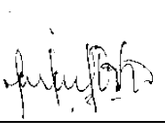
SON: CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se realizó reunión con el equipo de emprendimiento del Centro, conformado por 3 orientadores para recibir lineamientos 2024.
2. Se apoyó en la orientación con grupo de aprendices de formación titulada del CGAO, dándoles a conocer las diferentes requisitos y l lineamientos para la formulación en fondo emprender.
3. Se apoyó la gestión de las metas del programa de emprendimiento en la regional, con la atención de usuarios interesados en pertenec a fondo emprender

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.



MAURICIO ORTIZ CHAVES
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,



ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO
PROFESIONAL G02

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO

DIRECTOR REGIONAL A G08

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13959093
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MAURICIO ORTIZ ORTIZ CHAVEZ ORTIZ CHAVEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 NO. 11 - 37	TELÉFONO:	7563477
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7910906326**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		388497462

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890200106	CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 7.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 378.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 378.300**

Planilla Pagada

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 13959093
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortiz Chaves,Mauricio
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortiz Chaves,Mauricio , a los 06 días del mes de febrero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAURICIO ORTIZ CHAVES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13959093,** se encuentra afiliado/a desde **19/04/2005** 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14979253411

(415)7707212489984(8020) 000001497925341 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 9 5 9 0 9 3	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 3 9 5 9 0 9 3	2 0 0 1 0 6 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Vélez 8 6 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	CHAVES	MAURICIO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Vélez 8 6 1

41. Dirección principal: CR 4 11 37 AP 302

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

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 5 6 3 0 1 7	3 1 0 8 7 8 8 2 0 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 6 0	2 0 0 5 0 3 2 8	1 0 8 1	2 0 1 9 0 9 0 1		5 6 1 3	4 7 2 9	4 1 2 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										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 - 02 - 06 / 15 : 26: 48

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 ORTIZ CHAVES MAURICIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

YEROVA OCUPACIONAL SAS
NIT. 900 889 143-5
Yeny Cecilia Rodríguez Valle
Médico Especialista En Salud Ocupacional
Y Riesgos Laborales
Licencia 03106 Cel. 311 592 22 24

CIUDAD Y FECHA: Marzo 01- 2024

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE:	Mauricio Ortiz chavez
IDENTIFICACION:	13.959.093
NOMBRE EMPRESA:	Sena.
EMPRESA EN MISION:	
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)	Administrativo

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN MEDICO		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
INGRESO	☒	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	☒	OPTOMETRIA ☒
EGRESO	☐	AUDIOMETRIA	☒	CH - PO - Gli - PL LABORATORIOS ☐
POSTINCAPACIDAD	☐	VISIOMETRIA	☒	PRUEBA DE VERTIGO ☐
PERIÓDICO	☐	ESPIROMETRIA	☐	PRUEBA NEUROLOGICA ☐
ALTURAS	☐	Enfasis Osteomuscular - Cardiorespiratorio		psicologico X

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT: SI__ NO__ FECHA: _____ | EP: SI__ NO__ FECHA: _____

CONCEPTO

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE	☐
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	☒
APTO CON RESTRICCIÓN:	☐
APLAZADO:	☐
NO APTO:	☐
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR	☐
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL	☐
EXAMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD	☐
EXAMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL	☐
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO (diligencia solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad

Físicos: Ruido__ Iluminación___ Temperatura Extrema__ Radiación ionizante_ Radiación no ionizante__ Vibración__ Presión__
Químicos: Polvos__ Gases__ Vapores__ Líquidos__ Humos__ Nieblas__ Rocíos__
Ergonómicos: Trabajo estático__ Esfuerzo físico__ Manipulación de Cargas__ Posturas Forzadas__Movimientos Repetitivos__
Psicosociales: Contenido de la tarea__ Organización del tiempo de trabajo__ Relaciones humanas__ Gestión__
Biológicos: Virus__ Bacterias __Parásitos__ Hongos__Contactos con fluidos humanos__ Contacto con piezas anatómicas_
Mecánicos: Mecanismos en Movimiento__ Proyección de Partículas__ Manejo de Herramientas__ Equipos y Elementos a presión__
Público: Inseguridad Social__ Violencia__ Trabajo en la calle__
Locativo: Superficies de Trabajo__ Distribución de áreas de trabajo__ Falta de orden y aseo__
Eléctrico: Alta Tensión__ Baja Tensión__ Electricidad estática__

HALLAZGOS DE RELEVANCIA OCUPACIONAL

Hipermetropía
Hiperlipidemia

RECOMENDACIONES (diligencie solo si es examen de ingreso, periódico o post incapacidad)

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	☐	Valoración por EPS: Nutricion
CAPACITACIONES SALUD OCUPACIONAL	☒	Control de optometria
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	☐	

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE TRABAJADOR:	NOMBRE MEDICO: Yeny Rodriguez Valle
FIRMA:	FIRMA:
CEDULA 1- 2 13959093.	LICENCIA OCUPACIONAL: 06823

Yeny C. Rodríguez V.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Licencia 06823

Hace constar:

Que el Sr(a) MAURICIO ORTIZ CHAVES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13959093 realizó el día 04/03/2024 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 MAURICIO ORTIZ CHAVES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13959093 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) MAURICIO ORTIZ CHAVES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13959093 el día 04/03/2024 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 25/02/2024

VIGILADO 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	290	26/02/2024	CC 13959093	ORTIZ CHAVES MAURICIO	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.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

F5BCA8CDD84E555DF08616B57D21001A Certificado impreso el día 2/25/2024 9:18:32 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA 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

MAURICIO
ORTIZ CHAVES
13959093

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

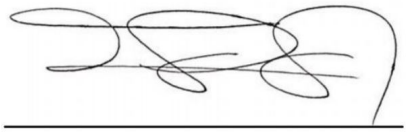
Que nuestro(a) cliente **MAURICIO ORTIZ CHAVES**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 13.959.093** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 857026223** aperturada el **16 de enero de 2018**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **06** días del mes de **febrero** del año **2024**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0857026223**
Cuenta de 16 dígitos: **0857000200026223**
Cuenta de 20 dígitos: **00130857000200026223**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-46-101023016	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
26	02	2024	27	02	2024	00:00	06	05	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
ORTIZ CHAVES MAURICIO			C.C. :13,959,093
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CRA 4 N 11 37 APTO 302	VELEZ - SANTANDER		7563017

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
TRANSV 8 NO. 8A 50	VELEZ - SANTANDER		7563502
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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.6006993 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDINACIÓN NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO, E INSTRUCCIONES DE LA REGIONAL Y/O EL CENTRO DE FORMACIÓN, PARA ELCUMPLIMIENTO DE LAS METAS, OBJETIVOS E INDICADORES DE LA REGIONAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/02/2024	06/05/2025	$ 4,933,850.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 23,466.20	$ 8,000.00	$ 5,978.58	$ 37,444.78	$ 4,933,850.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GHS SEGUROS LTDA	164154	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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 TRANSVERSAL 19A NO 94A-19 - TELÉFONO: 6025434 - BOGOTA, D.C.

18-46-101023016
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000073582507(3900)00000000037444(96)20240229

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO Nº: 30000073582507

HACE CONSTAR QUE:

FECHA
27/02/2024 08:35a.m.

RECIBIMOS DE: ORTIZ CHAVES MAURICIO — CC. 13.959.093

LA SUMA DE: Treinta y siete mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000073582507

Póliza/s	**Importe SubTotal**	**IVA**	**Importe Total**
18-46-101023016	$31.466,00	$5.978,00	$37.444,00

FORMA DE PAGO

Bancolombia y sus Corresponsales - Cuenta Nro. 47189 $37.444,00

EFECTIVO:	$37.444,00
CHEQUE:	$0,00
TARJETA:	$0,00
BD:	$37.444,00
OTROS:	$0,00

TRANSACCION: 0007358250

TOTAL: $37.444,00

Cajero Rapiestado

27/02/2024 8:35:14a. m.

172.16.10.29