

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	922510
			Fecha Elaboración	16 de Febrero de 2024
			Versión	ENERO 2024 - 1,24
		ID de Proceso	56832-886580	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		SARA GUERRERO SANCHEZ	C.C.	63.359.182
Correo electrónico contratista:		saraguerreros@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3157902521
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 ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	29180747174
		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:		5795545/2024	N° Compromiso SIIF	7224
Valor Total del Contrato		\$ 44.655.450	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 44.655.450	Del 01/02/2024 Al 29/02/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 40.189.905	Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 10 MESES VR MES \$4.465.545		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
			Retención en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.960.284	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 título de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL		\$ 9.400	\$ 0	Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	Reteica - 8299
\$ 9.805.208		\$ -	\$ -	26.793,00
\$ 1.116.386		\$ -	\$ -	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	0,00
\$ 14.903.916		\$ -	\$ -	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
\$ 4.706.500		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
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	\$ -	Descuentos de Libranza
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 986.761	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR
				\$4.438.752,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación titulada en la ficha 2770080 - Técnico en Contabilización de operaciones comerciales y financieras				
Evaluar resultados de aprendizaje en la plataforma Sena Sofía plus de la ficha 2776617, Asistencia administrativa				
Gestionar y programar formación complementaria				
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.				
SARA GUERRERO SANCHEZ EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
ORLANDO COLMENARES ROJAS INSTRUCTOR				
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 JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 63359182		GUERRERO SANCHEZ SARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 13 22	PIEDRECUESTA-SANTANDER	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	53235188	9462980022	I	2024/02/20	2024/02/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$518,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	\$0
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	\$0
1	CC 63359182	GUERRERO SARA	25-14	30	\$1,786,300	\$285,900	MIN002	30	\$1,786,300	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,300	\$9,400	0
Total Afiliados(1)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63359182		GUERRERO SANCHEZ SARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 13 22	PIEDRECUESTA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	53235188	9462980022	I	2024/02/20	2024/02/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$518,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,900	\$0	\$0	\$285,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$285,900	\$0	\$0	\$285,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
TOTAL				1	\$518,600	\$0	\$0	\$518,600	

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) NOEL EXCELINO PINZON GONZALEZ identificado(a) con tipo de documento 1. Cédula de Ciudadanía y con número 13829042, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

Nombres Cotizante:	NOEL EXCELINO	Apellidos Cotizante:	PINZON GONZALEZ
Tipo Documento:	1. Cédula de Ciudadanía	Número Documento:	13829042
Estado Actual:	1 - Activo	Tipo de Afiliación:	4 - Cotizante Pensionado
Fecha de Afiliación a salud:	01/09/2005	UT Afiliación:	UT RED INTEGRADA FOSCAL - CUB
Fecha de Retiro:			

Información de los Beneficiarios:

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Fecha Retiro	Parentesco
Cédula de Ciudadanía	1097782099	CRISTIAN ADRIAN	PINZON GUERRERO	01/09/2005	Activo		Hijo Docente
Cédula de Ciudadanía	63359182	SARA	GUERRERO SANCHEZ	12/10/2005	Activo		Conyuge o Compañero

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

"Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

Dada a solicitud del interesado en la fecha 02/01/2024.

Cordialmente,

Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite

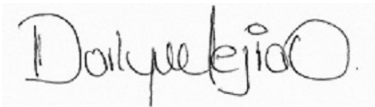
Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SARA GUERRERO SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63359182**, se encuentra afiliado/a desde **18/05/1990** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

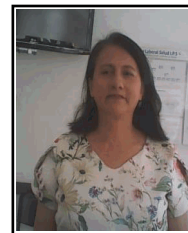
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia 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.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14972164765			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 633591823				6. DV 3		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 63359182		27. Fecha expedición 19890228	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 169		29. Departamento Santander		30. Ciudad/Municipio Bucaramanga 001	
31. Primer apellido GUERRERO		32. Segundo apellido SANCHEZ		33. Primer nombre SARA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Santander		40. Ciudad/Municipio Bucaramanga		001	
41. Dirección principal CR 17 13 22 CA 293 BRR MOLINOS DEL VIENTO MCP PIEDECUESTA							
42. Correo electrónico saragobierno@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 6554111		45. Teléfono 2 3157902521			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8543	47. Fecha inicio actividad 20010601	48. Código 0010	49. Fecha inicio actividad 20000103	50. Código 1 8551	2 8523	51. Código 2411	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 2249							
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 2024 - 01 - 13 / 13 : 40: 25			
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 GUERRERO SANCHEZ SARA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 81.460**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	07 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
GUERRERO SANCHEZ SARA Apellidos y Nombres				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	53 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS	CC	63359182
				Peso: 66.00 kg		Tipo	Número
				Talla: 154 cm	IMC: 27.83 - SOBREPESO		
Cargo INSTRUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	VIGENCIA		RECOMENDACIONES		
NO APLICA		NO APLICA	NO REFIERE		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)			
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)				TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)			
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)				ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)				ENFASIS CARDIOVASCULAR			
LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)				ENFASIS DERMATOLOGICO			
PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA EN SU EPS : CONTROL ANUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO : SOBREPESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CONTROL DE PESO. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: USO DE TAPABOCAS Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS							
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.							



Hace constar:

Que el Sr(a) SARA GUERRERO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63359182 realizó el día 15/02/2024 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 SARA GUERRERO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63359182 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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



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

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SARA GUERRERO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63359182 el día 17/02/2024 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



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, **SARA GUERRERO SANCHEZ** identificado con **CC No. 63359182**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	Fecha de afiliación: 18/02/2015 Fecha de inicio de cobertura: 01/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/11/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 Cargo : PROFESIONALES DE LA EDUCACION, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES

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): 20240101216404.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

Certificación Bancaria

Lunes, 19 de febrero de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SARA GUERRERO SANCHEZ identificado(a) con CC y 63359182, 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	29180747174	2012-03-08	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

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BUCARAMANGA						SUCURSAL: BUCARAMANGA		COD. SUC: 96		NO. PÓLIZA: 96-46-101016848		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:			
23	01	2024	01	02	2024	00:00	30	03	2025	23:59			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		GUERRERO SANCHEZ SARA		IDENTIFICACIÓN:		C.C. :63,359,182	
DIRECCIÓN:		CL 32 29 03 AP 102		CIUDAD:		BUCARAMANGA - SANTANDER	
				TELÉFONO:		3157902521	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		IDENTIFICACIÓN:		NIT. :899,999,034-1					
DIRECCIÓN:		KM 6 VIA FORIDA 50 -33		CIUDAD:		FLORIDABLANCA - SANTANDER		TELÉFONO:		6076386521	
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.5795545 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA, REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2024	30/03/2025	\$ 4,465,545.00
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,700.55	\$ 8,000.00	\$ 5,453.10	\$ 34,153.65	\$ 4,465,545.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GOMEZ Y SERRANOS LTDA	18552	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 CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA







96-46-101016848

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

804002594

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