

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68
			Código Centro	101068
			Fecha Elaboración	19 de Marzo de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	21481-079089
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 91.520.859		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: aasilvag@sena.edu.co		Número de Cuenta: 0550488413159317		
IP/Nº de contacto: 0		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Honorarios profesionales a persona declarante de renta				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 10,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 5861220/2024		Nº Compromiso SIIF 18124		Número de pagos durante la vigencia del contrato 7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 6 MESES VR MES \$4.885.000		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 09/02/2024 Al 29/02/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 29.310.000
Número de pago 1		Valor Total del Contrato:		\$ 29.310.000
Valor Bruto Pago: \$ 3.419.500,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 25.890.500
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.419.500		Honorarios profesionales a persona declarante de re		10,00%
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 341.950
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.419.500		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.286.900		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 341.950
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.419.500,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	-	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.419.500,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.276.613	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 159.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 204.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 341.950,00 10,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 6.700	\$ 0	Reteica - 9609 - GIRON 34.195,00 1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ -		- 0,00 0%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		- 0,00 0%
Renta Exenta 25% \$21.689.120		\$ 762.000		- 0,00 0%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 0				- 0,00 0%
Retención en la Fuente Contingente \$				- 0,00 0%
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$3.043.355,00
SON: TRES MILLONES CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Asistí a la primera inducción citada por la coordinadora				
En la formación otorgada recibí la instrucción de acompañar la interventoría de silvi fruver empresa ganadora del fondo emprender				
Recibí la instrucción de asistir a los diferentes espacios formativos de inducción para el desarrollo de mis objetivos				
Recibí la instrucción de subir toda la información al drive de la entidad				
Se me otorgo presentación dispuesta por la entidad para exponerla al momento de las orientaciones				
Se solicitó la creación del correo electrónico para poder recibir toda la información de mi proceso				
Se estableció junto a los compañeros orientadores del centro industrial de mantenimiento integral un horario de atención				
Se proyectó la importancia del respectivo seguimiento al plan de acción individual				
se proyectó en las reuniones con la coordinadora la importancia de la gestión asertiva para el cumplimiento de las metas				
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				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,				
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				



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **91520859** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91520859
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	178
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 18/03/2024

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

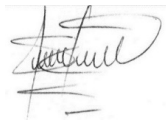
epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91520859**, se encuentra afiliado/a desde **21/07/2005** 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 14 de marzo de 2024.

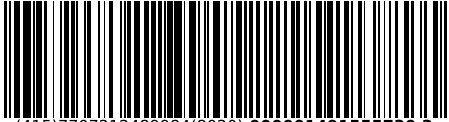


Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14915557303			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 1 5 2 0 8 5 9 1				6. DV 1		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 9 1 5 2 0 8 5 9		27. Fecha expedición 2 0 0 1, 0 7, 3 1	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 1 6 9 Santander		30. Ciudad/Municipio 6 8 Bucaramanga		0 0 1	
31. Primer apellido SILVA		32. Segundo apellido GUTIERREZ		33. Primer nombre ANDRES		34. Otros nombres ALBERTO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 1 6 9 Santander		40. Ciudad/Municipio 6 8 Bucaramanga		0 0 1	
41. Dirección principal CL 38 36 22 AP 502							
42. Correo electrónico andresigut@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 2 4 4 7 6 2 8 8			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 5 0 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 6, 0 2, 2 4	48. Código 7 4 9 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 6, 0 2, 2 4	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 2 4 9							
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 X NO				60. No. de Folios: 2		61. Fecha 2023 - 05 - 19 / 15 : 12: 39	
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 GOMEZ HILARION GERMAN ANDRES 985. Cargo Gestor I			

		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 2 Hoja 6			
				4. Número de formulario 14915557303			
 (415)7707212489984(8020) 000001491555730 3							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 1 5 2 0 8 5 9		1		Impuestos y Aduanas de Bucaramanga		4	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2							
161. Actividad económica Comercio al por menor de todo tipo de calzado y artículos de cuero y suced 4 7 7 2							
162. Nombre del establecimiento MI ZAPATERA							
163. Departamento Santander 6 8				164. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1			
165. Dirección CR 27 A 42 48 BRR SOTOMAYOR							
166. Número de matrícula mercantil 3 4 0 6 1 7				167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 2 2 4			
168. Teléfono 3 1 6 7 4 5 4 6 8 1				169. Fecha de cierre 2 0 1 7 0 3 2 4			
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2							
161. Actividad económica Comercio al por menor de todo tipo de calzado y artículos de cuero y suced 4 7 7 2							
162. Nombre del establecimiento MARGARITA GUTI ALMACENES							
163. Departamento Santander 6 8				164. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1			
165. Dirección CL 35 18 65 CC ROSEDAL LC 112 BRR CENTRO							
166. Número de matrícula mercantil 4 5 1 7 6 2				167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 2 0 5			
168. Teléfono 3 1 2 4 4 7 6 2 8 8				169. Fecha de cierre 2 0 2 3 0 5 1 1			
160. Tipo de establecimiento 161. Actividad económica							
162. Nombre del establecimiento:							
163. Departamento				164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			



Salud Ocupacional E.U.
NIT: 900.101.304-2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Código Prestador 6800103094



COD: F-PS-06

Versión: 5
Marzo 8 de 2019

EMPRESA CONTRATANTE INDEPENDIENTE

EMPRESA EN MISIÓN INDEPENDIENTE

TIPO CONSULTA: Ingreso

FECHA: 29/03/2023

NOMBRE: ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ

C.C: 91520859

EDAD: 39 años

DIRECCIÓN: CALLE 38 36-22

TELÉFONO: 3124476282

CARGO: DINAMISADOR CAMPESINO

CIUDAD: Bucaramanga

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR. AUDIOMETRÍA. OPTOMETRÍA. PRUEBA PSICOTÉCNICA.

LABORATORIOS: X Análisis de Orina-Cuadro Hemático-Glicemia-Perfil lipídico

OTROS ÉNFASIS MUSCULOESQUELÉTICO-EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS CARDIOVASCULAR-PSICOLOGÍA

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO: *Apto*

CONDUCTA

OCUPACIONALES Control periódico ocupacional, Higiene Postural, Utilización de EPP,

SISTEMA VIGILANCIA Visual.

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa

PP: Programa de promoción y prevención de la salud. Higiene oral semestral; Citología cervicovaginal anual; Control de testículo anual; Control de seno anual; Control de prostata anual

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

SE RECOMIENDA AUTOCUIDADO PERSONAL, SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO Y LAVADO DE MANOS PERMANENTE. SE LE INFORMA QUE EN CASO DE SINTOMAS COMO TOS SECA, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, CEFALÉAS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERGIAS, COMUNICARSE CON SU RESPECTIVA EPS O LINEAS DE EMERGENCIA- UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

HE SIDO INFORMADO (A) DE LOS EXAMENES QUE VAN A REALIZARSE Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA ELLO
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. Javier Cáceres Báez
Salud Ocupacional
R.M. 02330 lic. 04027

JAVIER CACÉRES BÁEZ - Esp. Salud Ocupacional -
R.M. 02330 - Licencia 04027

Firma del Trabajador C.C 91520859



Verifique los datos escaneando el código QR
Calle 52B #31-61, Teléfonos 310 253 3719 - Bucaramanga, Santander



Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91520859 realizó el día 23/02/2024 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 ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91520859 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) ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91520859 el día 14/03/2024 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



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, **ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ** identificado con **CC No. 91520859**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 09/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 09/02/2024 Fecha fin de Contrato: 09/08/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

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): 202401013359540.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

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



CERTIFICADO

**BUCARAMANGA,
SANTANDER,
COLOMBIA,**

13/03/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **91520859**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488413159317
Fecha de apertura	06/02/2020

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650610092

PÓLIZA No: 465-47-994000009365 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO** COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47
TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
08 02 2024 08 02 2024
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ANDRES ALBERTO SILVA GUTIERREZ** IDENTIFICACIÓN: CC **91.520.859**
DIRECCIÓN: **CL 38 36 22 AP 502** CIUDAD: **BUCARAMANGA, SANTANDER** TELÉFONO: **3124476288**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**
BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**
DESCRIPCION AMPAROS VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO 09/02/2024 09/12/2024 2,931,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - **SENA REGIONAL SANTANDER GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CO1.PCCNTR.5861220 DE FECHA DEL 9 DE FEBRERO DE 2024 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON 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 EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS, OBJETIVOS E INDICADORES DE LA REGIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****2,931,000.00 VALOR PRIMA: \$ *****25,000 GASTOS EXPEDICION: \$ ****11,000.00 IVA: \$ *****6,840 TOTAL A PAGAR: \$ *****42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO CLAVE %PART NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO %PART VALOR ASEGURADO
BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA 9633 100.00

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000465061009

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADE2578090EFC7E56

CLIENTE