SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	39829-824609

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN mfcalderon5@misena.edu.co	C.C.	52.204.915	IP/N° de contacto	14518
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	010546976
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus Ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1319787/2020		N° Compromiso SIIF	10220	
Valor Total del Contrato	$ 28.426.125	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.426.125	1	Del 29/01/2020	Al 31/01/2020	$ 252.677,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.173.448		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 252.677	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 252.677	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.426	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

		Enero	Diciembre
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			40535210
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 577.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 140.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -	
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	$ 1.139.424	$ -	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 16.768	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.426,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.377,00	
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	23,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 252.654,00**	

SON: DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion 4: Se ejecutó la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato en las fichas:Aprendices de las fichas: 2007485 Asesoría comercial y operaciones de entidades financieras (26 Aprendices, 12 horas) pertenecientes a los programas de la Coordinación de Banca, Seguros, Fiducia y AFP
Obligacion 5: Se aplicó según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad de las fichas: 2007485 Asesoría comercial y operaciones de entidades financiera (26 Aprendices, 12 horas) pertenecientes a los programas de la Coordinación de Banca, Seguros, Fiducia y AFP.)
Obligación 7: Se Emitió juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa, adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina en las fichas: Aprendices de las fichas: 2007485 Asesoría comercial y operaciones de entidades financieras (26 Aprendices, 12 horas) , pertenecientes a los programas de la Coordinación de Banca, Seguros, Fiducia y AFP.
Obligación 9: Orienté, evalué, preparé la formación de los aprendices en la formación de las fichas: 2007485 Asesoría comercial y oper operaciones de entidades financieras (26 Aprendices, 12 horas) , correspondientes a la Coordinación de Banca, Seguros, Fiducia y AFP.
Obligación 11: Se aplicó el manual de convivencia del aprendiz y el reglamento del aprendiz.
Obligación 13: Se acató los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistió a a las convocatorias que el centro programa

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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,

ZORAIDA EMMA SALAZAR SERRANO
INSTRUCTOR/G20

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

NIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52204[illegible]5	mara leonarda solderon guzman	calle 26 b No 72 85 Pc 14 apto 303	2507779	maleadaron@yanoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2019-12	1	27/02/2020	40535210	$466.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	84.000	0		0		0	30	4.000	0	100.000	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	235.600	0	0	0	0	30	5.100	0	240.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Regimen	860011153-6	7.700				7.700	30	200	7.900			77	7.900	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Comfacesar Caja	900006812-7	25.500	30	700	90.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGC, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	184.000	184.000
Pensión	1	235.600	240.700
Riesgos Laborales	1	7.700	7.900
CCF	1	25.500	26.200
LMA	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	456.800	468.800

535

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T. 860.011.153-6

CERTIFICA QUE :

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CALDERON GUZMAN MARIA FERNANDA, con Cédula Ciudadania No. 52.204.915 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene registro como Independiente con cobertura desde el 29/01/2020, con fecha de inicio de contrato 29/01/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de febrero de 2020

Cordialmente.

Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN identificado(a) con cedula ciudadania 52.204.915, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	780

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
ANDRES FELIPE CIENDUA CALDERON	HI	1016944911	TI	20170301	0	Activo	772
SANTIAGO CIENDUA CALDERON	HI	1034520914	TI	20170301	0	Activo	534
HENRY HUMBERTO CIENDUA CALDERON	CY	79680717	CC	20140228	20140228	Retirado	748

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 dias del mes de Febrero de 2,020

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
13206607

CER-AFI

Vigilado Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52204915,** se encuentra afiliado (a) desde **03/09/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/09/1994	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2020	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14498472983

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 2 0 4 9 1 5 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 5 2 2 0 4 9 1 5

27. Fecha expedición: 1 9 9 2 0 7 2 1

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: CALDERON

32. Segundo apellido: GUZMAN

33. Primer nombre: MARIA

34. Otros nombres: FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 54 A 58 34 IN 17 AP 103

42. Correo electrónico: malfcalderon@yahoo.es

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 2 2 1 0 8 2 5

45. Teléfono 2: 3 2 0 4 9 4 3 4 7 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 5 4 1 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 9 0 1 2 9

Actividad secundaria — 48. Código: 8 5 5 1 — 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 9 0 1 2 9

Otras actividades — 50. Código: 1: 8 5 2 3 — 2: 8 5 4 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

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:	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados 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: 2 0 1 9 0 1 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

98. Número: CALDERON GUZMAN MARIA FERNANDA

99. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN VALIDEZ COMERCIAL

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Resolución 10633 08-10-2012.

Licencia prestación de servicios S.O. a nivel nacional.

FECHA ▼			Tipo de examen ▶	INGRESO: X PERIODICO: EGRESO: POST INCAPACIDAD: REUBICACIÓN: REINTEGRO:
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
13	01	2020	BOGOTA	CUNDINAMARCA

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
CALDERON	GUZMAN	MARIA	FERNANDA

Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
C.C.	52.204.815	BOGOTA	M F X	45

Nombre del cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
	SENA	



INFORMACION DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto para el cargo		Apto para Manipulacion de Alimentos		Periodico No Satisfactorio	
Apto con Recomendaciones	X	Apto para Trabajo en Espacio Confinado		Egreso satisfactorio	
Apto con Restricciones		Apto para trabajo en campo de Hidrocarb.		Egreso no Satisfactorio	
Apto para trabajo en Alturas		Periódico Satisfactorio		Aplazado	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Continuar corrección óptica indicada permanente.

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO: ▼

Examen Ocupacional sin alteración aparente al momento del examen__
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para desempeñarse en su labor X
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes del ingreso__

APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO: ▼

Examen médico Satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para seguir desempeñandose en sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad que requiere remisión a EPS__ ARL__

APTITUD OCUPACIONAL DE RETIRO: ▼

Al examen médico no se encuentran alteraciones ni patologías que limiten su capacidad laboral__
Al examen médico se encuentran alteraciones pero no es limitante para desempeñarse en su nueva labor__
Al examen médico presenta enfermedad(es) que requieren remision a EPS__ ARL__

EXAMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	X	Optometria		RX Columna		Sustancias Psicoactivas		Perfil Lipidico	
Respiratorio	X	Visiometria	X	RX Torax		Test espacios confinados		Glicemia	
Espirometria		Vision profundidad		Test de Vertigo		Pruebas psicometricas		Coprologico	
Cardiovascular	X	Colorimetria		Glicemia Pre		Pruebas ergonomicas		KOH Uñas	
Audiometria		Electrocardiograma		Tetano		Cuadro Hematico		Frotis Faringeo	

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (Ocup)	X	Control Nutricion y Dietetica		Pausas Saludables MMII	X	Actividad Fisica mayor 30'	X
Control Optometria (Ocup)	X	Dieta baja en Carbohidratos		Pausas Saludables Vocales		Capacitacion Trabajo Seguro	X
Control Audiometria (Ocup)		Dieta Baja en Grasas y Sal		Pausas Saludables Visuales		Plan de Emergencia	X
Control por Neurologia		Pausas Saludables MMSS	X	Uso EPP	X	Otros:	

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS▶	SI		NO X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ▶	SI		NO X

Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼

Visual	X	Auditivo		Respiratorio		Cardiovascular		Nutrición		Osteomuscular		Manejo de Voz		Psicolaboral	

Recomendaciones generales para la empresa - trabajador ▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/4 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES . VALORACIÓN POR OPTOMETRIA Y CONTINUAR CORRECCION OPTICA INDICADA PERMANENTE, CON CONTROLES ANUALES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mi,el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
DR. FERNANDO ORTIZ CERON MÉDICO ESPECIALISTA SG-SST R.M. NAL. 3005-90 RES. 7240 C.C. 88.250.702	

Dr. (a) FERNANDO ORTIZ CERON
RM Nal 3005-90
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. 7240

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y

Scanned by CamScanner

Hace constar:

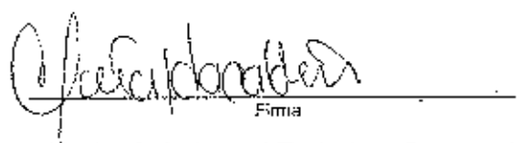
Que el Sr(a) MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52204915 realizó el día 19/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Capitulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52204915 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 - SENA

A QUIEN INTERESE

Bogota **2020/01/03**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN** con **Cedula de Ciudadania** número **52204915** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Numero: **000010546976**
Fecha apertura: **2000/08/17**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Scanned by CamScanner

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 1546101013619O

FECHA
29/01/2020

RECIBIMOS DE: CALDERON GUZMAN MARIA FERNANDA

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE C.C. 52204915

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 1S-46-101013619

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CL. ESTATAL - 101013619 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 32,130.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 144784

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-45-101013610	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
29	01	2020	29	01	2020	00:00	15	01	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	CALDERON GUZMAN MARIA FERNANDA			Identificación:	52204915
Dirección:	CRA. 54A NO. 58-34 APTO. 103	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	2210825

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS			Identificación:	899999034-1
Dirección:	KR 13 N, 65 10	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	5461600

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.1319787 - 29 ENE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL ÁREA TEMÁTICA DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GESTION ADMINISTRATIVA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	29/01/2020	15/01/2021	$ 2,842,612.50

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 2,842,612.50	29/01/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACION:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	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 CARRERA 7 80-28 - Teléfono: 2121808 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza electrónica ingresando a: www.segurosdelestado.com
Aplica únicamente para impresión original.