SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**96118-300520**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGEL MUÑOZ ORTIZ	**C.C.**	10.696.396	**IP/Nº de contacto**	3114343131
Correo electrónico contratista:	amunozo@sena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86837904929

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 $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1431318/2020 **Nº Compromiso SIIF** **37120**

Valor Total del Contrato	$ 30.720.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.907.786	**2**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.245.324,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.662.462		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.245.324		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	**$ 3.245.324**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.156.418**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**17552245**	Valor Base retención en la fuente	2.156.418,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.298.130	$ 1.125.046	Valor Base retención en la fuente ICA	2.875.224,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.300	$ 140.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 207.800	$ 180.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.800	$ 5.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	5.750,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 718.806		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.239.574,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de las guías de aprendizaje para las fichas # 2089454 y 2098946: 6 de abril (8 Horas)
Elaboración de un video tutorial para las fichas # 2089454 y 2098946: 7 de abril (8 Horas)
Elaboración de plegable, volante, flayer: 8 de Abril (8 Horas)
Articulación con emisoras, grabaciones emisoras: 25 y 26 de Abril (16 Horas)
Elaboración del Taller: 13 de Abril (8 Horas)
Socialización por redes con aprendices, lideres, contactos de la guía de aprendizaje, llamadas telefónicas con registro, video tutorial y retroalimentación con aprendices (Formación virtual). Protocolo y montaje de Mesa ficha # 2089454, identificar herramientas y materias primas para la catación de café, ficha # 2098946.
Formación virtual para las fichas # 2089454, 2098946 frente a medidas de contención Covid-19: 14 - 18 de abril (40 Horas)
Socialización del taller, retroalimentación (Formación virtual), 20- 24 abril (40 horas)
Evidencias de talleres entregados por los aprendices: 27, 30 abril (32 horas)

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.

ANGEL MUÑOZ ORTIZ
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,

MARIA EUGENIA SOLARTE
INSTRUCTOR G13

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ANGEL MUÑOZ ORTIZ <amunoz693@misena.edu.co>

Resultado de una transacción - Multipagos PSE

1 mensaje

notificaciones@bancolombia.com <notificaciones@bancolombia.com> 30 de marzo de 2020, 8:16
Para: amunoz693@misena.edu.co

Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: ANGEL MUÑOZ ORTIZ

Tienda virtual o recaudador: ASOPAGOS

Nro. de recibo: 17552245

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.10.137

Concepto: CC

Razón Social: 10696396

Fecha y hora de la transacción: Lunes 30 de Marzo de 2020 08:15:39 AM

Nro. de comprobante: 0000078319

Valor pagado: $ 326,700.00

Cuenta: *******4929

Bancolombia S.A.

Ésta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MUÑOZ ORTIZ ANGEL
IDENTIFICACION:	CC-10696396
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-04-07
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-04-24
FECHA DE PAGO:	2020-03-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	17552245
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	17552245
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.125.045	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.700	$ 140.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.125.045	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.100	$ 180.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.125.045	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.900	$ 5.900
		Total a pagar		$ 3.375.135	$ 0	$ 0	$ 0	$ 326.700	$ 326.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/05/2020

PLANILLA NRO. 17552245 Tipo I 2020 03 ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	10696396	MUÑOZ ORTIZ ANGEL	ÚNICO	0	0	2020-03	2020-03	17552245		PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CR 5C 65N 81	POPAYAN	1	CAUCA	19	0	0	amunoz693@misena.edu.co	1104	0	1	2020-03-30	2020-04-24

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	140700	0	0	0	0	0	140700	0	0	0	140700	0	0	0	0	140700	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	180100	0	0	0	0	0	0	180100	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	5900	0	0	0	5900	0	0	5900	0	0	0	5900

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	180100
SALUD	140700
RIESGOS LABORALES	5900
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	326700

PAGADO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681690504

(415)7707212489984(8020) 000001468169050 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 6 3 9 6	4	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACION

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 0 6 9 6 3 9 6	1 9 9 9 0 3 1 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Patía 5 3 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	ORTIZ	ANGEL	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal
CR 5 C 65 N 81 URB LOS ROBLES

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelm.ortiz@hotmail.com		3 1 1 4 3 4 3 1 3 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
7 4 9 0	2 0 1 5 0 2 1 2		Año Mes Día			

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:	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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 2 0 0 2 0 3

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MUÑOZ ORTIZ ANGEL
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

comfacauca
compensación familiar del Cauca
al servicio del trabajador y su familia
NIT. 891.500.182-0
Calidad y Experiencia al Servicio de su Salud

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Fecha impresión: lunes, 28 de enero de 2019 11:46:19 am

FECHA ATENCION DE CONSULTA	FECHA CIERRE DE CONSULTA
lunes, 28/enero/2019 - 11:31:41 am	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. Historia clínica: 10696396

Nombres y Apellidos: ANGEL MUÑOZ ORTIZ **Identificación:** CC 10696396

Fecha Nacimiento: 30/noviembre/1980 **Edad:** 38 Años **Sexo:** Masculino **Escolaridad:** TECNICA PROFESIONAL

Ocupación: NO SE TIENE ESTA INFORMACIÒN **Teléfono:** 3114343131

Dirección: CRR 5C 65N-81 **Barrio:** LOS ROBLES

Municipio: POPAYAN **Departamento:** CAUCA **Gru. Poblacional:** NINGUNO

Tipo Usuario: Particular **Tipo Afiliado:** Beneficiario **Tipo Contrato:** EVENTO **Contrato:**

Entidad del Paciente: PARTIC PARTICULARES **Entidad que cubre el servicio:**

Responsable: EL MISMO **Acompañante:** NA

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

PARTICULAR SERVICIOS

Certificación: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO
EMPRESA: SENA
CARGO: INSTRUCTOR DE MESA Y BAR
ESTUDIOS: TECNICO EN MESA Y BAR

CONCEPTO

El servicio médico ocupacional con el/la Doctor/a **PATRICIA CEPEDA QUILINDO** , médico especialista en salud ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en este certificado es:

¿Existen condiciones de salud que limitan su trabajo normal? NO

¿Examen aplazado? NO

RECOMENDACIONES

Pausas activas en jornada laboral;Uso adecuado de Equipo de Protección Personal;Higiene postural y de columna;Hábitos de vida saludable;Controles de PYP en EPS;Disminución de peso;EMPRESA:
CAPACITAR EN SST: PREVENCION DE LESIONES OSTEOMUSCULARES, MANEJO DE ELEMENTOS DE TRABAJO EN FORMA SEGURA.
INSENTIVAR PAUSAS ACTIVAS
CAPACITACIONES EN CUIDADO, USO Y MANEJO DE LA VOZ
TRABAJADOR:
CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD
INFORMAR OPORTUNAMENTE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO
CONTROL DE PESO, BAJAR MINIMO 9KG
CUIDADO DE LA VOZ - HIDRATACION

RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES APARENTES
PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

CONDICIONES MÉDICO OCUPACIONALES

Incluir en el sistemas de vigilancia epidemiológica:
Sistema de vigilancia epidemiológica: Biomecánico, Mecánico,

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene carácter confidencial

Patricia Cepeda Q.
Medico y Cirujano Unicauca
R.M. 1927/98
Especialista Salud Ocupacional
Lic. 10251/2015

Firma - Médico Ocupacional
 # Registro: 10251

Angel Muñoz Ortiz

Firma del aspirante al cargo
C.C.: 10.696.396

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGEL MUÑOZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10696396 realizó el día 18/03/2020 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, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANGEL MUÑOZ ORTIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10696396 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.

Angel Muñoz Ortiz

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

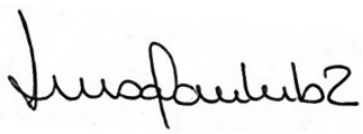
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor ANGEL MUÑOZ ORTIZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 10.696.396, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 06/03/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 con 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101477160.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 15 de Abril de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANGEL MUÑOZ ORTIZ identificado(a) con CC 10696396, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86837904929	2015/02/12	ACTIVA

*** 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 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.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

7

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

RECIBO DE CAJA No.
400086979

EXPEDIDO EN	SUCURSAL	CODIGO	FECHA	CLAVE	NOMBRE
POPAYAN	POPAYAN	40	09/03/2020	4013	DIRECTA

RECIBIMOS DE: MUÑOZ ORTIZ ANGEL — NIT. 10.696.396

LA SUMA DE: VEINTISEIS MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE.**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA

SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO	PRIMA	GASTO	IVA	RUNT	VALOR
POPAYAN - CU. ENTIDAD.EST. - 101052264 - 0	15,000.00	7,000.00	4,180.00	0.00	26,180.00

OTROS CONCEPTOS DE PAGO	VALOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A. POPAYÁN
09 MAR 2020
RECIBIDO CARTERA
EFECTIVO CHEQUE TARJETAS

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	26,180.00
CHEQUE:	0.00
TARJETA:	0.00
BD:	0.00
OTROS:	0.00

TRANSACCION 400130112

TOTAL: **26,180.00**

CAJERO: GUILLERMOMENA

EVRS 043 RC IMPRESO POR RAMIREZ IMPRESORES S.A.S PBX: 3110255 NIT.860.350.626-1

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-44-101052264	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
09	03	2020	06	03	2020	00:00	18	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MUÑOZ ORTIZ, ANGEL		CC: 10.696.396
DIRECCIÓN: CR 5 C NRO. 65 N - 81	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO:	3114343131

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA		
DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 2 - 80	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO	8245910
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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCACION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.19-C01.PCCNTR.1431318 DE 2020, CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA. PROGRAMA: SER - AREA: MESA, BAR, CATACION.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/03/2020	18/04/2021	$3,072,240.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******7,000.00	$ *******4,180.00	$ **********26,180.00	$ ********3,072,240.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101052264
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Angel Muñoz Ortiz
FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1