SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA	**C.C.**	14.139.799	**IP/Nº de contacto**	84321
Correo electrónico contratista:	fcastrob@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	86951648339
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

Nº del contrato:	1330590/2020			**Nº Compromiso SIIF**	31720
Valor Total del Contrato	$ 36.311.071	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.311.071	1	**Del** 04/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 3.246.354,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.064.717		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.246.354		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	**$ 3.246.354**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.231.141**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	**40612639**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 952.264	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 119.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 152.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 5.000	$ 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	$ 743.714	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.231.141,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.974.854,00	
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	29.749,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$ 3.216.605,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE CONTABILIDAD EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTU
COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMER
Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y
SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.
Orientar procesos de formación a los aprendices del grado 10 y 11 de las Instituciones Educativas articuladas de las fichas
(INEDIFI), (IET Comercial de Ponedera), (Instituto Técnico de Comercio Barranquilla) y Formación Complementaria (Contabilidad básica)
Anexos
Pago de aportes a salud, pensiones y ARL, Planilla (40612639) mes de Febrero 2020.
Cuenta de Ahorro BanColombia 86951648339

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumpli 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 leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA 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	14139799	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA	CRA 43 No 44- 88	3105561461	fcastrob@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	12/02/2020	40612639	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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 Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA 40612639

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

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	14139799	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA	CRA 43 No 44- 88	3105561461	fcastrob@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	12/02/2020	40612639	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	14139799	CASTRO BOCANEGRA FABIAN ENRIQUE	59	0			N								X									25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS044	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Último ingreso exitoso: 2020-02-11 / 09:01:09 PM | Último ingreso fallido: 2017-12-01 / 02:38:05 PM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Pensiones Voluntarias | Salir

Periodo Pensión: Febrero 2020. Periodo Salud: Febrero 2020. Febrero 11 de 2020 / 9:19 PM

Inicio › Planillas › Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA	**Nit:**	14139799
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2020
Número de radicación:	40612639	**Total a pagar:**	$377,300
Fecha de vencimiento:	24/03/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	12/02/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	562506688
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$6,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$208,000
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS SAS	1		$0.00	$162,500
						$377,300

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 004-1

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia Su dirección IP actual es: **190.253.166.79**

Certificado de Afiliación

El Señor FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA , identificado con Cédula Ciudadanía 14.139.799, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA		
Número de identificación:	14139799	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	AFILIADO	Razón de estado:	ACTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CLL 102 43 35	Municipio residencia:	Barranquilla
Teléfono actual de residencia:	3105561461	Depto. Residencia:	ATLANTICO

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
14139799	FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA	04/02/2019	ACTIVO

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 30 días del mes de Enero de 2020, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro: Carmen Maria Arrieta Cuadrado

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **14139799,** se encuentra afiliado (a) desde **01/01/2019** 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 un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/01/2019	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero 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® 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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14521064191

(415)7707212489984(8020) 000001452106419 1

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

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 4 1 3 9 7 9 9	2 0 0 2 0 8 1 2

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	BOCANEGRA	FABIAN	ENRIQUE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CL 79 12 A 31 TO 4 AP 302 CON PASEO DEL VERGEL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
fcastrob@outlook.com		3 1 0 5 5 6 1 4 6 1	2 7 0 9 6 0 0

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
0 0 1 0	2 0 0 2 0 9 0 2	8 5 2 3	2 0 1 2 0 4 2 3			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3 4 3 3	

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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 1 9 0 5 2 2

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Salud Ocupacional Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Este formato es para uso exclusivo de aspirantes o trabajadores de las empresas clientes de SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS.

Fecha del examen: 30 01 19 Ciudad: Bogotá

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE *(Tipo documento de identidad: C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)*

Apellidos y nombres: Castro Barragán Fabián Enrique | Edad (años): 34 | Documento de Identidad: Tipo CC No. 14 139 799

Razón social de la empresa que lo contrato o contratara: Servicio Nacional de Aprendizaje | Razón social de la empresa en la que labora, laborará o laboró:

Nombre centro de trabajo o sede de trabajo: | Cargo: Instructor

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (Marque con "X" una de las siguientes opciones)

Pre - ingreso	☐	Post-incapacidad	☐	Periódico	☐	Egreso (Diligencie desde el item 3)	☒
Reintegro Laboral	☐	Cambio de ocupacion	☐	Otro	☐		

2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD
(Marque con una "X" una de las siguientes opciones)

Apto sin restricciones para el cargo	☐
Apto con recomendaciones para el cargo	☐
Apto con restricciones para el cargo	☐
Aplazado	☐

REQUISITOS DE SALUD
(Marque con una "X" el cumplimiento o no de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	☐	☐	☐	☐
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos	☐	☐	☐	☐
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	☐	☐	☐	☐
Otros:	☐	☐	☐	☐

Motivo de aplazamiento (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Aplazado")

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono "Con restricciones para el cargo" o cuando "NO" cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajo indicados. Describa cuáles son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una "X" en la casilla correspondiente, según sea T: temporal o P: permanente

¿Cuál(es)?	Condiciones o funciones/Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Meses	Recomendaciones

El Concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

	SI	NO
Examen Médico con Enfasis Osteomuscular	☒	☐
Audiometria	☐	☒
Espirometria	☐	☒
Visiometria	☐	☒
Examen Optometrico	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒

Otros Exámenes	SI	NO
	☐	☒
Examenes de Laboratorio ¿Cual (es)?	☐	☒
Radiologia ¿Cual (es)?	☐	☒

Valoracion por Especialista	SI	NO
¿Cuál(es)?	☐	☐
Otros ¿Cuál(es)?	☐	☐
Otros ¿Cuál(es)?	☐	☐
Otros ¿Cuál(es)?	☐	☐
Otros	☐	☐

3. EXAMEN DE EGRESO

CONCEPTO

Satisfactorio ☒ No Satisfactorio ☐

Hay sospecha de: Secuela de Accidente de trabajo SI ☐ NO ☐ Reportado | Enfermedad Laboral SI ☐ NO ☐

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL O SECUELAS DE EVENTOS LABORALES (NO DIAGNOSTICADOS OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJO EN LA EMPRESA), EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT / FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARL Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES

(Escriba en terminos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

Dx: Lumbago, Cervicalgia

¿Se entrega remisión a EPS? SI ☐ NO ☐

MÉDICO

Firma:

Nombre:

Registro medico:

Licencia Salud Ocupacional:

TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre: Fabian Enrique Castro B

Firma:

E S I M E T S. A. S

ESTRATEGIA INTEGRAL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y MEDICINA DEL TRABAJO

900.749.046-9

Carrera 4 B # 35 - 33 Barrio Cádiz Ibagué – Tolima

2742228 - 2646749 - Celular: 3115870366

HISTORIA CLÍNICA FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Exámen: Periódico | Tipo Audiometría: TAMIZ | Fecha: 20/09/2018

Datos del Aspirante o Trabajador



Nombre: **CASTRO BOCANEGRA FABIAN ENRIQUE**

Documento: **CC** **14139799** Edad: **34** **A**

Sexo: **M** Fecha Nac: **06/08/1984** Est. Civil: **Soltero**

Direccion: **CALLE 79 NRO 12 A 31 TORRE 4 APTO 302 PAS** **IBAGUE** **TOLIMA**

Telefono: **3105561461** **FCASTROB@ODLOOK.COM**

EPS: Pensiones: ARL:

Información Laboral

NivelEducativo: **MAESTRIA** Profesion: **CONTADOR PUBLICO**

Empresa: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** Cargo: **CONTADOR PUBLICO**

Antiguedad: 8 MESES | Reposo Auditivo: Si | 8 Horas

5168

Otológicos:

Otalgia:	Niega
Otitis:	Niega
Otorrea:	Niega
Otorragia:	Niega
Prurito:	Niega
Oido Tapado:	Niega
Trastorno Equilibrio:	Niega
Tinitus:	Niega
Hipoacusia:	Niega
Subjetiva:	
Ingesta Ototoxicos:	Niega
Otros:	Niega

Quirúrgicos:

Cirugía de Oido:	Niega
Timpanoplastia:	Niega
Patologias:	Niega
Hipertensión:	Niega
Diabetes:	Niega
Rininits - Sinusitis:	Niega
Otros:	Niega

Extralaborales:

Moto:	Niega
Tejo:	Niega
Servicio Militar:	Si
Poligono:	Si
Discoteca:	Niega
Musica Intracanal:	Niega
Instrumento Musical:	Niega
Arma de Fuego:	Si
Otros:	Niega

Antecedentes Laborales:

Empresa: NO REFIERE

Cargo: NO REFIERE Años: NO REFIERE Horas NO REFIERE

Uso EPA: Niega TIPO: NO REFIERE

Otoscopia:

Oido Derecho: CAE NORMAL MT NORMAL

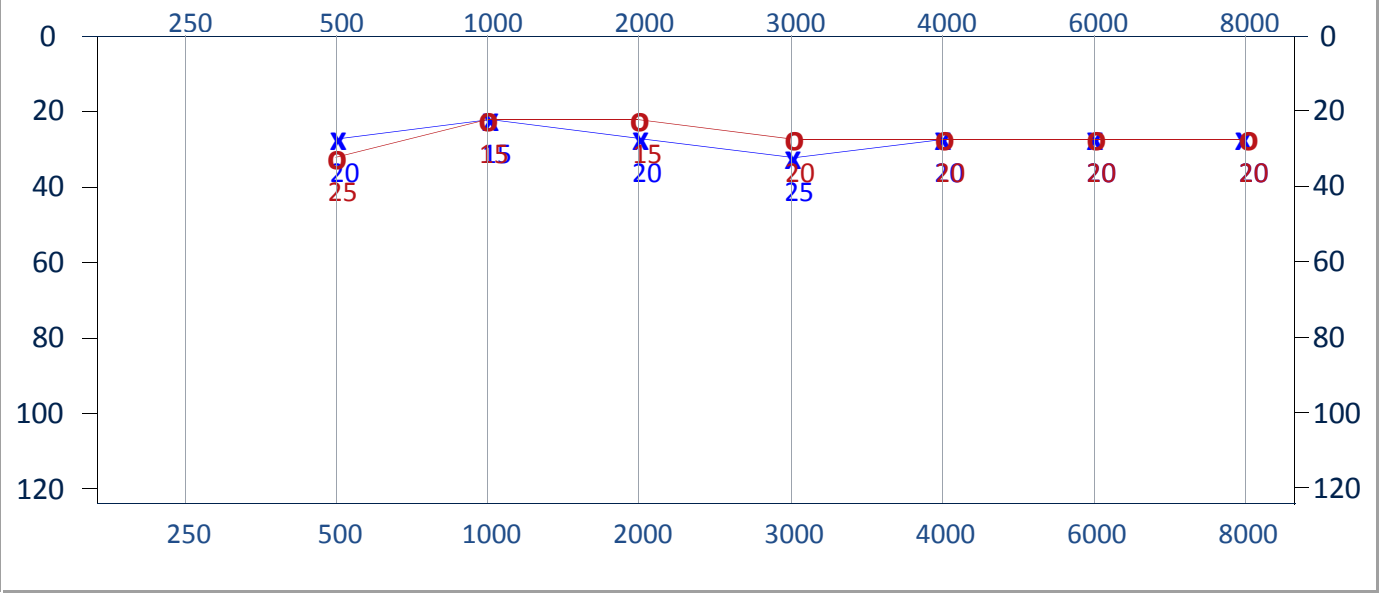
Oido Izquierdo: CAE NORMAL MT NORMAL

HISTORIA CLÍNICA FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Exámen: Periódico Tipo Audiometría: TAMIZ Fecha: 20/09/2018

	Vía Aerea		Vía Osea	
Hz	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Oido Izquierdo
250				
500	25 Normal	20 Normal		
1000	15 Normal	15 Normal		
2000	15 Normal	20 Normal		
3000	20 Normal	25 Normal		
4000	20 Normal	20 Normal		
6000	20 Normal	20 Normal		
8000	20 Normal	20 Normal		
PTA	**18,8**	**20,0**		

Evaluación Audiográma:



Observaciones:

HISTORIA CLÍNICA FONOAUDIOLOGÍA

Tipo de Exámen: Periódico | Tipo Audiometría: TAMIZ | Fecha: 20/09/2018

Diagnóstico Audiométrico Descriptivo Gatiso:

Oido Derecho:	AUDICION NORMAL
Oido Izquierdo:	AUDICION NORMAL

Diagnóstico Auditivo:

Oido Derecho:	Normal
Oido Izquierdo:	Normal
Bilateral:	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA EN PARAMETROS NORMALES

Recomendaciones:

Control según SVE Anual:	Anual	Exámenes Complementarios:	No
Uso EPA según SVE:	No	*Descrip*	
Descrip		Limpieza Ótica OD:	No
Audiometría Confirmatoria:	No	Limpieza Ótica OI:	No
Control por ORL:	No	Reposo auditivo extralaboral:	No
Pausa Auditiva:	No		

Otras Recomendaciones:

Resultado: Normal

Conclusión: Oido Derecho: Normal, Oido Izquierdo: Normal, Bilateral: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA EN PARAMETROS NORMALES. RECOMENDACIONES: , Control auditivo: Anual

Aspirante o Trabajador:



CASTRO BOCANEGRA FABIAN ENRIQUE

Documento: CC 14139799

Evaluador:



PAULA ANDREA MANJARRES QUI

FONOAUDIOLOGA

1503480/2015

OPTICA MEDICA

Su mejor visión

OPTOMRETRIA

EMPRESA: SENA	CIUDAD: Ibague	Tipo de Examen:
		INGRESO ☐ EGRESO ☐ PERIODICO ☒
Apellidos: Castro	Nombre (s): Fabian	D 20 M 09 A 78
74.739.799		FECHA DE NACIMIENTO Edad: 39
Documento de Identidad	Ultimo Examen Visual	D 06 M 08 A 84
Cargo: Gestor de calidad	Antigüedad de la empresa:	Antiguedad en el oficio (años)

EXPOSICION A RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y / O ANTERIOR (ES)	SI	NO	Acumulado en años	Uso protección visual
QUÍMICOS (humos-gases-vapores-polvos)		X		
RADIACIÓN (ultravioleta-infraroja-rx, hornos)		X		
MECÁNICOS (Proyección de particulare)		X		
USO DE VIDEOTERMINALES	X			
ILUMINACION INADECUADA: Excesiva ☐ Deficiente ☐ Reflejos ☐		X		
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (Individuo)		X		

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL
Enfermedades		X	
Tratamientos		X	
Medicamentos		X	
Sintomatología Ocular		X	
Patología Ocular		X	
Cirugía Ocular		X	
Problemas de Refracción		X	
Tiempo / evolución	AÑOS		
Usa Corrección		X	
Tipo de Correción:	Lentes de contacto	Gafas	Ambos

VALORACIÓN FÍSICA		C. ANTEOJOS	S. ANTEOJOS
Agudeza visual lejos	OD		20/20
	OI		20/20
Agudeza visual Cerca	OD		Sin
	OI		Sin
Hallazgos segmento anterior	OD		Ningno
	OI		Ningno
Balance Muscular			ok
Visión Periférica	OD		No. mf
	OI		No. mf
Visión Profundidad			ok

OFTALMOSCOPIA	REFRACCIÓN
OD No pide alto Refologue	OD N
OI mes transpes	OI N

RESULTADO		DIAGNOSTICO	
Rx Final	AV 20/20		
OD N		Corregido ○	Sin corrección ○
OI N		Parcialmente corregido ○	No requiere Rx ○
ADD			

Disposición: pte. orebajo

Recomendaciones: Control periodico ○ Higiene Visual ○ Ortóptica ○
Protección Ocular ○ Optometria ○ Oftalmológia ○

Andrea Vidal A.
Optometra Fisiopatologia
Clinica Ocular
Reg. 2805

FIRMA Y REGISTRO

Firma y c.c. del trabajador
14139799.

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLINICO

Nit: 901087458-1

10027426

Order No.:	10027426	**Autorización:**	14332
Paciente:	FABIAN CASTRO	**No. Contrato:**	
Documento:	14139799	**Tipo de Contrato:**	SUBSIDIADO
Edad/Sexo:	34 / M	**Fecha Ingreso:**	2018-09-20 09:33:55
Convenio:	MEDICINA DEL TRABAJO - ESIMET S.A.S	**Fecha Impresión:**	2018-09-22 10:29:11.
Médico:	MEDICOS VARIOS		

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
PERFIL LIPIDICO			
Colesterol Total	**135.3**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**54.2**	mg/dl	Riesgo Elevado: Hasta 35 mg/dl Riesgo Bajo : > 60 mg/dl
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**67.7**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl
Colesterol VLDL	**13.4**		
Triglicéridos	**67.1**	mg/dl	Bajo : Hasta 150 mg/dl Dudoso : 150 - 199 mg/dl Alto : 200 - 499 mg/dl Muy Alto: > 500 mg/dl
Indice Arterial	**2.5**		
Glucosa	**90.00**	mg/dl	null Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Observaciones			null null
	null	null	null null null null
	null	null	null null null null

Daniela gonzalez q.

DANIELA GONZALEZ
BACTERIOLOGA
T.P. 3149

---COPIA---

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLINICO

Nit: 901087457

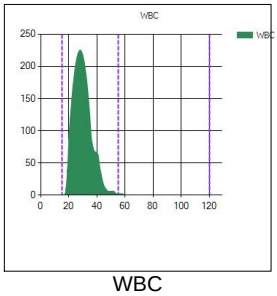
10027426

Order No.:	10027426	**Autorización:**	14332
Paciente:	FABIAN CASTRO	**No. Contrato:**	
Documento:	14139799	**Tipo de Contrato:**	SUBSIDIADO
Edad/Sexo:	34 / M	**Fecha Ingreso:**	2018-09-20 09:33:55
Convenio:	MEDICINA DEL TRABAJO - ESIMET S.A.S	**Fecha Impresión:**	2018-09-22 10:29:11.
Médico:	MEDICOS VARIOS		

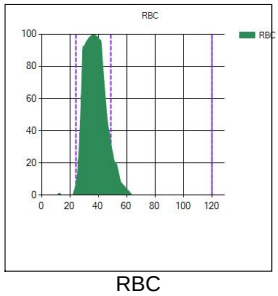
HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

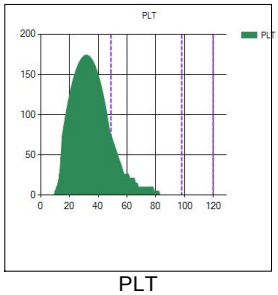
ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**5.9**	x10e3/uL	3.70 - 10.1 x10e3/uL
% Neutrofilos	**39.7**	%	39.3 - 73.7 %
% Linfocitos	**50.5**	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	**7.1**	%	4.40 - 12.7 %
% Eosinofilos	**1.9**	%	0.600 - 7.30 %
% Basofilos	**0.8**	%	0.00 - 1.70 %
# Neutrofilos	**2.35**	x10e3/uL	1.63 - 6.96 x10e3/uL
# Linfocitos	**2.99**	x10e3/uL	1.09 - 2.99 x10e3/uL
# Monocitos	**0.42**	x10e3/uL	0.240 - 0.790 x10e3/uL
# Eosinofilos	**0.11**	x10e3/uL	0.030 - 0.440 x10e3/uL
# Basofilos	**0.05**	x10e3/uL	0.00 - 0.80 x10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	**5.56**	x10e3/uL	4.5 6.2
Hemoglobina	**16.4**	g/dL	14 17.5
Hematocrito	**47.4**	%	40 52
Volumen Corpuscular	**85.0**	fL	80 100
HB Corspuscular Media	**29.5**	pg	28 33
Concentración HB	**34.6**	g/dL	33 36
Ancho Distribución	**12.2**	%	11.5 14.5
Recuento de Plaquetas	**324.0**	x10e3/uL	150 450
Volumen Plaquetario	**8.8**	fL	7.0 11.0
Ancho de Distribución	**14.5**	10(GSD)	11.0 18.0
Plaquetocrito	**0.287**	%	0.12 0.45
VSG Westergreen 1 Hora	**13**	mm en 1 h	0 - 20 mm.h



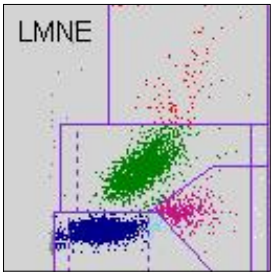
WBC



RBC



PLT



JORGE A SERRATO C
BACTERIOLOGO
73000552

---COPIA---

118-07
SALUD OCUPACIONAL LOS ANDES(IBAGUE)(ECG)PRI

Email:
Linamta5@hotmail.com;
gerencia@esimet.com;
Tatiana.rojas@soandes.com

Paciente:
FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA
14139799

Edad: 34 Sexo: Masculino HR: 67 [bpm] R-R: 876 [ms] PQ: 158 [ms] QRS: 100 [ms] QT: 394 [ms] QTc: 421 [ms] ST: 1.15 [mm]

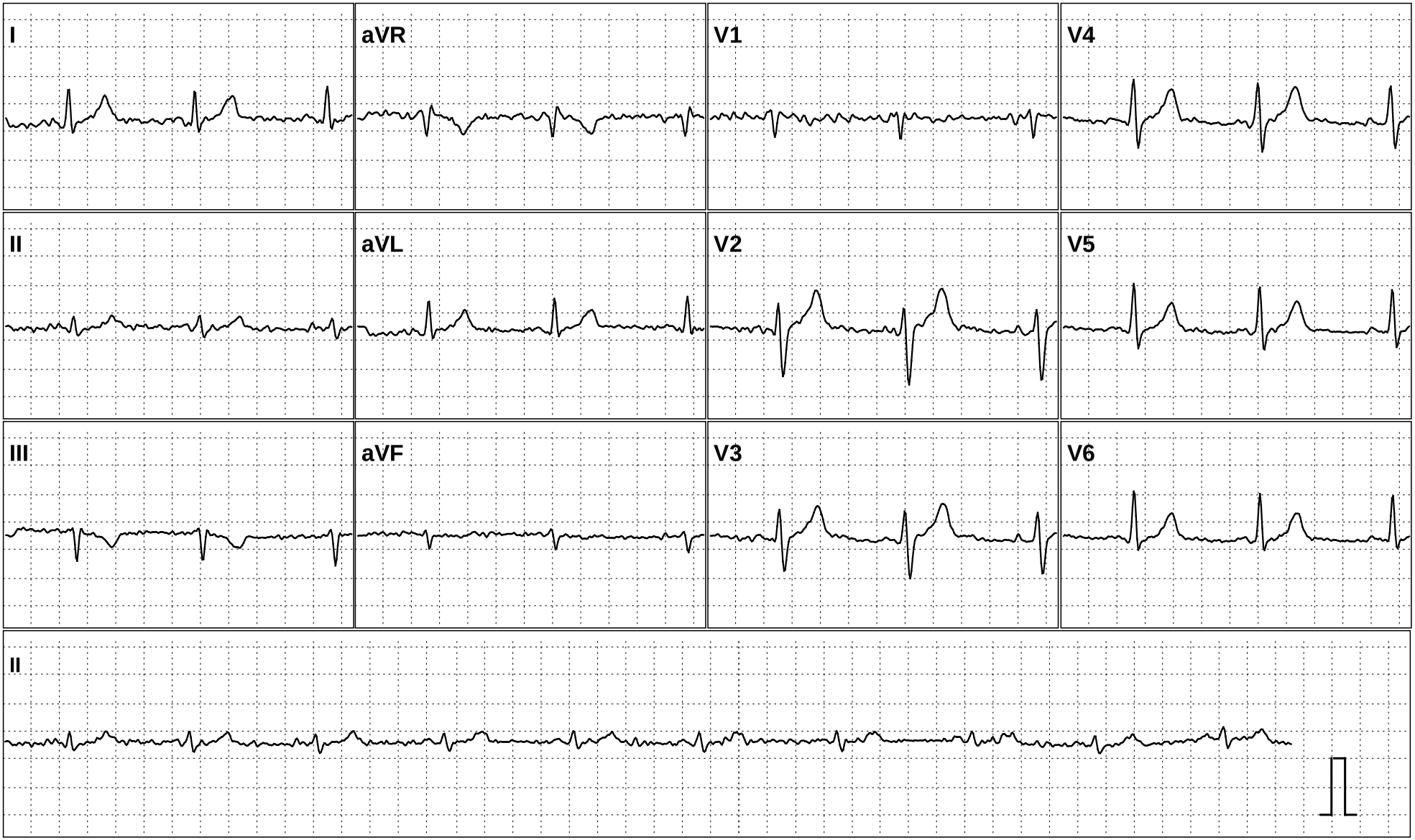
Folio:375974394

Informe:

Ritmo sinusal. Trazado dentro de los límites normales.

Sintomas:

Ocupacional y/o Laboral, GESTOR DE CALIDAD



Resolución: 25 mm/seg 10 mm/mV

[mV] 0 1 2 3 4

[sec] 0 1 2

ITMS Telemedicine Network

Recibido por:
Ana Sofia Ramirez
Fecha Recepción:
20/09/2018 09:50:54

Médico:
Rodolfo Vega
RM 19234768
Cardiólogo

Firma:

CARDIOLOGO RM:19234768

Hace constar:

Que el Sr(a) FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14139799 realizó el día 11/02/2020 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, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14139799 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

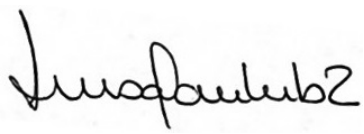
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 14.139.799, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 04/02/2020 y fecha fin de contrato 05/12/2020 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): 202001000489486.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 21 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIAN ENRIQUE CASTRO BOCANEGRA identificado(a) con CC 14139799, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86951648339	2009/07/21	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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos Bancolombia

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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101139028	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	02	2020	04	02	2020	00:00	06	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	CASTRO BOCANEGRA, FABIAN ENRIQUE		CC: 14.139.799
DIRECCIÓN: CALLE 102 # 43-35	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	2623250

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-REGIONAL ATLANTICO-CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO 3510799

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 OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO No.CDI.PCONIR.1330590 DE 2020,CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE CONTABILIDAD EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIN CON LA MEDIA,SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/02/2020	06/04/2021	$3,631,107.10

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******19,115.00	$ *******7,000.00	$ *******4,961.00	$ **********31,077.00	$ ********3,631,107.10	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	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 CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101139028

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101139028	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	02	2020	04	02	2020	00:00	06	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
CASTRO BOCANEGRA, FABIAN ENRIQUE			CC: 14.139.799
DIRECCIÓN: CALLE 102 # 43-35	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO:	2623250

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-REGIONAL ATLANTICO-CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS		
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO 3510799

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio * No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******19,115.00	$ *******7,000.00	$ *******4,961.00	$ **********31,077.00	$ ********3,631,107.10	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	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 CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 1100560825133 2 (3900) 000000031077 (96) 20210203

REFERENCIA PAGO: 1100560825133-2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE