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-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

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

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	GISSELLE IRINA CABARCAS TEJEDA gisselle.cabarcas.tejeda@gmail.com	C.C.	22.548.638	IP/Nº de contacto	52001
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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 ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	47700042193
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:	1328332/2020			Nº Compromiso SIIF	25020
Valor Total del Contrato	$ 12.985.416	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.985.416	1	Del 03/02/2020	Al 29/02/2020	$ 2.525.663,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.459.753		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.525.663		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	**$ 2.525.663**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.488.823**		**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	---------	**9402793419**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.265	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 161.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 5.300	$ 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	$ 252.566	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 496.274	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.488.823,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.237.663,00	
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	22.377,00	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	**$ 2.503.286,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el área de belleza - Cosmetologia titulada y/o complementaria programa de poblaciones vulnerables

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.

Gisselle Cabarcas

GISSELLE IRINA CABARCAS TEJEDA
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,

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)

Salud Total EPS-S

Bogotá, Enero 30 de 2020

Señora:
CABARCAS TEJEDA GISSELLE IRINA
CC. 22548638
CR 7D NO 36B 70 - 3345
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 24 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ANGULO CABARCAS EMANUEL GUILLERMO	1194969217	R	Oct-8-2012	289	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ANGULO CABARCAS SAMUEL GUILLERMO	1194978334	R	Dic-8-2017	60	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CABARCAS TEJEDA GISSELLE IRINA	22548638	C	Dic-24-2008	434	94	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
ANGULO VEGA GUILLERMO RAFAEL	72248537	C	Ene-9-2008	438	1	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CABARCAS HIJO DE GISELLE IRIN	72248537	M	Ene-17-2015	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-17-2015	Exclusion por Fallecimiento	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CABARCAS TEJEDA GISELLY LINA	22548638	Trabajador Independiente	CERRADO
CABARCAS TEJEDA GISELLY LINA	22548638	Trabajador Independiente	CERRADO
CABARCAS TEJEDA GISELLY LINA	22548638	Trabajador Independiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUNEZ	22548638	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUNEZ	22548638	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUNEZ	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	22548638	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Scanned by CamScanner



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:10456051
NUM REFERENCIA:000009402793419
NUM IDENTIFICACION:22548638
PERIODO: 2020-01
FECHA EFECTIVA:2020-02-10
VALOR: 296.100
LUN10 FEB 20 17:09:39
041-14387886-225
785718-033950-144629-728260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 15526 CLR 8538652
06164611-559082

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22548638		CABARCAS TEJEDA GISSELL IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 117 N 42B -190	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3345417	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	10456051	9102793419	I	2020/02/11	2020/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$296,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,020,000	$163,200			$1,020,000	$127,500			$0	$0			$1,020,000	$5,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,020,000	$163,200			$1,020,000	$127,500			$0	$0			$1,020,000	$5,400		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,020,000	$163,200			$1,020,000	$127,500			$0	$0			$1,020,000	$5,400		$0	$0
1	CC 22548638	CABARCAS GISSELLE	230201	30	$1,020,000	$163,200	EPS002	30	$1,020,000	$127,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,020,000	$5,400	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,020,000	$163,200			$1,020,000	$127,500			$0	$0			$1,020,000	$5,400		$0	$0

2020/02/11 01:11 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22548638		CABARCAS TEJEDA GISSELLE IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 117 N 42B -190	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3345417	Sí

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	10456051	9402793419	I	2020/02/11	2020/02/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$296,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,200	$0	$0	$163,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$163,200	$0	$0	$163,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,400	$0	$0	$5,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,400	$0	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$127,500	$0	$0	$127,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$127,500	$0	$0	$127,500
TOTAL				1	$296,100	$0	$0	$296,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Ministerio Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14498676397

(415)7707212489984(8020) 000001449867639 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2 2 5 4 8 6 3 8 — 1

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Barranquilla — 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión illquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	2 2 5 4 8 6 3 8	1 9 9 9 0 6 2 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CABARCAS	TEJEDA	GISSELLE	IRINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 41 B 7 F 75

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gisselle.cabarcas.tejeda@gmail.com		3 3 4 5 4 1 7	3 0 1 3 7 4 9 1 6 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Otras actividades Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 9 0 1 3 1	8 5 2 3	2 0 1 9 0 1 3 1			5 1 4 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	2	0																								

20- Obtención NIT

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 1

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:

984. Nombre: CABARCAS TEJEDA GISSELLE IRINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-01-2019 10:11:46AM

DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

SSO

Creando conciencia, hacemos la diferencia.

ISO 9001 icontec Certificado SC 7231 - 1

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 20120910 Versión: 2

NIT: 802022218-2 Dir: Cra 49 No.74-77 Barranquilla - Atlántico Tel: 3603103-3450379 Email: administrativa@ssobq.com

Paciente: GISSELLE IRINA CABARCAS TEJEDA Identificación: CC 22548638

Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1981-04-03 Edad: 37 A

Dirección CALLE 41 B N 7 F -75 Teléfono: 3013749168

Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Empresa en misión: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Actividad económica:

Talla (mts): 1.73 Peso (kg): 91.0 IMC: 30,41 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso enfasis osteomuscular

Orden No.: 00263845 Fecha apertura: 20190130 14:11:53

Fecha cierre: 20190130 14:33:17

Realizado en: Barranquilla - Atlántico

Cargo u Oficio: DOCENTE

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA GENERAL,EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENF. OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

Higiene postural.
Pausas activas.

MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.
Control de peso por eps.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Realizar actividades recreativas y deportes.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control Auditivo a 1 Año.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

USO DE RX PARA VISION PROXIMA.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar el cargo

Jesus Cordoba

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JESUS BENITO CORDOBA VILLALBA
Especialidad:
Licencia S.O.: 1525 Registro No.:

Gissele Cabarcas

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 22548638

Scanned by CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) GISSELLE IRINA CABARCAS TEJEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22548638 realizó el día 10/02/2020 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 GISSELLE IRINA CABARCAS TEJEDA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22548638 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

- ARL - - CONTRATISTA -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE VINCULACION DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

RADICADO
USO ARL

SEÑOR CONTRATANTE Y CONTRATISTA
Recuerda que en caso de renovación una vez cumplida la fecha de terminación del contrato debe realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en riesgos laborales.

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* No. DE DOCUMENTO: 22548638 — TIPO DOC.: C T E P (C)
PRIMER APELLIDO: CABARCAS
SEGUNDO APELLIDO: TEJEDA
PRIMER NOMBRE: GISSELLE
SEGUNDO NOMBRE: IRINA
* FECHA NACIMIENTO: A 1981 M 04 D 03 — SEXO: M ( ) F (X) — NACIONALIDAD: COLOMBIA
EPS ACTUAL: SALUD TOTAL — AFP ACTUAL: PROTECCION
DIRECCION RESIDENCIA: CALLE 117#42B190
MUNICIPIO: BARRANQUILLA — DEPARTAMENTO: ATLANTICO
TELEFONO RESIDENCIA: 3345417 — CORREO ELECTRONICO: gisselle.cabarcas.tejeda@gmail.com
AFILIACIONES A OTRAS ARL — SI ( ) NO (X) — POR FAVOR MARQUE CUAL? 14-4 COLPATRIA ( ) 14-6 AURORA ( ) 14-18 LIBERTY ( ) 14-28 SURA ( ) 14-30 MAPFRE ( ) 14-7 BOLIVAR ( ) 14-17 ALFA ( ) 14-25 COLMENA ( ) 14-29 EQUIDAD ( )

II. INFORMACION DEL CONTRATO

CONTRATO VERBAL ( ) CONTRATO ESCRITO ( ) — TIPO DE CONTRATO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL ( ) — PUBLICO ( ) PRIVADO (X) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE POR PARTE DEL CONTRATANTE SI ( ) NO (X)
* FECHA INICIO DEL CONTRATO: A 2020 M 02 D 03 — FECHA DE TERMINACION * DEL CONTRATO: A 2020 M 06 D 26 — No. DE MESES DEL CONTRATO: 5
DIAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO ( ) — DE 7:00 AM (X) PM ( ) HASTA 12:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 12.985.416 — VALOR MENSUAL DEL CONTRATO: 2.704.862 — * INGRESO BASE DE COTIZACION
ACTIVIDAD A EJECUTAR: INSTRUCTOR. — CODIGO: USO ARL
CLASE DE RIESGO CENTRO DE TRABAJO: 1 — DIRECCION CENTRO DE TRABAJO: CRA 43#42-40
MUNICIPIO: BARRANQUILLA — DEPARTAMENTO: ATLANTICO
TELEFONO: 3514196 — FAX — CORREO ELECTRONICO

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE

* ENTIDAD CONTRATANTE — TIPO DOC.: C N T E P — No. DE DOCUMENTO — DV — NOMBRE O RAZON SOCIAL
DIRECCION PRINCIPAL
MUNICIPIO — DEPARTAMENTO
TELEFONO — FAX — CORREO ELECTRONICO
ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL — CODIGO: USO ARL
* DATOS REPRESENTANTE LEGAL — TIPO DOC.: C T E P — No. DE DOCUMENTO — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACION DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 2800 DE 2003, LEY 1562 DE 2012 Y DEMAS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

ES MI VOLUNTAD AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES.

Gisselle Cabarcas

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL CONTRATANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL — CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA — CLASE DE RIESGO — TARIFA

MARQUE SI LA AFILIACION ES DE MADRE COMUNITARIA — SI ( ) NO ( )

NOMBRE
CARGO

FIRMA FUNCIONARIO ARL

* LOS CAMPOS MARCADOS CON ASTERISCO QUE PRESENTEN TACHONES Y/O ENMENDADURAS GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO.

Rev. Agosto / 2012

- ENTIDAD CONTRATANTE -

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA
VIGILADO
Escaneado con Ca

Bancolombia

NIT 890 903 938-8

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

Barranquilla, 30 de Enero de 2020

Señores

A QUIEN INTERESE

Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GISELLE CABARCAS TEJEDA identificado con Nit No 22548638 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco el (los) siguiente (s) producto (s):

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	477-000421-93	2019/01/30	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Para confirmación de la información estamos ubicados en la CARRERA 53 N° 68B - 69 Oficina Bancolombia GRANCENTRO Tel:3850497

Atentamente,

ANDREA C. RODRIGUEZ B.
ASESOR INTEGRAL II
SUCURSAL GRAN CENTRO

*** Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA

Scanned by CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

REHABILITACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BQ-100027229	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	28244213	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	03/02/2020	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas del	03/02/2020	24:00 Horas del	26/10/2020		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CABARCAS TEJEDA, GISSELLE IRINA	No. DOC. IDENTIDAD	22.548.638
DIRECCIÓN	CALLE 117NO 42 B 190	TELÉFONO	3013749168
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	AV FERROCARRIL NO.27-97	TELÉFONO	4202145
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	AV FERROCARRIL NO.27-97	TELÉFONO	4202145

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARA EL NOMBRE DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.Col.PCCNTR.1328332 , CUYO OBJETO ES IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE BELLEZA COSMETOLOGIA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCION A LA POBLACION VULNERABLE

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas del 03/02/2020	24:00 Horas del 26/10/2020	1,298,541.60	0.00
		TOTAL ASEGURADO	1,298,541.60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI	AGENTES	100.00

PRIMA BRUTA	$ 0.00
DESCUENTOS	
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	$ 0.00
GASTOS EXP.	$ 0.00
IVA	$ 0.00
TOTAL A PAGAR	$ 0.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago : 03/02/2020

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

Gisselle Cabarcas
cc 22548.638 B/quilla.
TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

Scanned by CamScanner