

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8	
			Código Centro	920710	
			Fecha Elaboración	Abril de 2020	
	CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN-ATLANTICO - SERVIOS PRESTADOS A		Versión	MARZO 2020 - 3,20	
			ID de Proceso	28691-193167	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO	C.C.	72.000.531	
Correo electrónico contratista:		miguelolivares@misena.edu.co	IP/N° de contacto	52216	
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	
		N° Cuenta	8394554031		
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					
N° del contrato:	1333832/2020	N° Compromiso SIIF	20020		
Valor Total del Contrato	\$ 16.063.086	N ° Pago	3		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.834.543	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2020	Al 30/04/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.556.362	Comisiones	\$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.278.181	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.278.181	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.932.347				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	1.932.347,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.311.272	\$ 1.311.272	Valor Base retención en la fuente ICA	2.904.281,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 164.000	\$ 164.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 209.900	\$ 209.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL	\$ 6.900	\$ 6.900	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	29.043,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 327.818	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 644.116	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.249.138,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -			
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Acatar la Constitución Política, la Ley, los principios de la contratación estatal y las demás normas concordantes y complementarias. Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato. Cumplir De acuerdo con el principio de coordinación, el contratista deberá participar en las reuniones que sean convocadas relacionadas con la Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del SENA, que requiera para la e Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del SENA, según la no Para los efectos de retención prevista en el artículo 3.2.7.5 del Decreto 1273 de 2018, el contratista estará obligado a informar al S Mantener actualizados los sistemas de información sobre los cuales se le haya asignado usuario y contraseña durante la ejecución del c					
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.			MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.			MANUEL GREGORIO HORMECHEA LANCE INSTRUCTOR G19		
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					
VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO PROFESIONAL G02					

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8950366881 DV: 986859

Cajero: CLPACOGA

Cliente beneficiario:
118263 PILA RECAUDO

Fecha: 27/03/2020 10:25:29

PS Recaudador:
906929 EXPRESS EFECTIV LOS ROBLES CALLE
77 CON 23A

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 72000531

Nombre: MIGUEL

Apellido 1: OLIVARES

Apellido 2: NA

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

Numero: 8222222

Codigo Planilla: 4330369361

Periodo Pago: 2020/03

Valor Comision: 0

Valor Iva Comision: 0

Referencia Valor

72000531 \$368.700,00

Valor recibido: \$368.700,00

Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi
parte, de la prestacion de este
servicio, entienda que manifiesto
verbalmente mi autorizacion para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados
unica y exclusivamente para la
prestacion del servicio convenido.

Linea de servicio al cliente: (1)

6510101

servicioalcliente@efecty.com.co

www.efecty.com.co

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72000531	NÚMERO PLANILLA:	4330369361			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2020
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO	DÍAS DE MORA:	0								
DIRECCIÓN:	CRA 65 N 49 - 100	TELÉFONO:	3927680	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/27			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999540192				
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE										
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO											
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO										

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 209.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 209.900	\$ 0	\$ 209.900
SUBTOTALES:										\$ 209.900	\$ 0	\$ 209.900

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 164.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 164.000	\$ 0	\$ 0	\$ 164.000
SUBTOTALES:									\$ 164.000				\$ 164.000	\$ 0	\$ 0	\$ 164.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.900	\$ 6.900	\$ 0	\$ 0	\$ 6.900
SUBTOTALES:									\$ 6.900	\$ 0	\$ 0	\$ 6.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR				
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	VALOR PAGADO
CCF06	CCF06-COMBARRANQUILLA	1	\$ 7.900	\$ 0
SUBTOTALES:			\$ 7.900	\$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SIN	COM	LMA	VAC	AVP	VCT	IRC	PENSIÓN										SALUD					ARP				CCF				SENA	ICBF						
																							ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC			TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																											SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																							
1	CC 72000531	OLIVARES ROSERO MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.311.272			NO															25-14 COLPENSIONES	30	1.311.272	\$ 209.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 209.900	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.311.272	\$ 164.000	\$ 0	\$ 164.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.311.272	\$ 72000531	\$ 6.900	30	1.311.272	\$ CCF06-COMBARRANQUILLA	\$ 7.900	\$ 0	\$ 0				

TOTAL	\$ 388.700
--------------	-------------------

Bogotá, Abril 15 de 2020

Señor:
OLIVARES ROSERO MIGUEL ANGEL
CC. 72000531
CR 22D 77 27 - 3927680
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 Agosto 31 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
OLIVARES RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL	1044639491	T	Ago-31-2017	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ DIAZ ALBANY PAOLA	22565395	C	Ago-31-2017	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
OLIVARES ROSERO MIGUEL ANGEL	72000531	C	Ago-31-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			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
MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO	72000531	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

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,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72000531**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de abril 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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

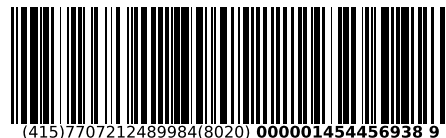
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14544569389



(415)7707212489984(8020) 000001454456938 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 2 0 0 0 5 3 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

7 2 0 0 0 5 3 1

27. Fecha expedición:

1 9 9 5 1 2 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

OLIVARES

32. Segundo apellido

ROSERO

33. Primer nombre

MIGUEL

34. Otros nombres

ANGEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio:

Soledad

7 5 8

41. Dirección principal

CR 22 D 77 27

42. Correo electrónico:

miguelangelolivaresrosero@hotmail.

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 8 1 0 2 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 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:	4	9																								

49 - No responsable de IVA

COPIA DOCUMENTO SIN VALOR

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

8

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:

CERTIFICADO OCUPACIONAL



CONSULTORES INTEGRALES SEGURIDAD SALUD
NIT.: 900.124.063 - 1

Versión: 1

Página 1 de 1

1. INFORMACION GENERAL

Empresa Usuaría: INDEPENDIENTE SENA

NIT:

Paciente: MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO

Doc. identidad: 72000531

Edad: 41 AÑOS

Genero: MASCULINO

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Orden No: 00745

TIPO EXAMEN INGRESO- OSTEOMUSCULAR

FECHA DE ATENCION 29/01/2019

CARGO: INSTRUCTOR

FECHA SALIDA 29/01/2019

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, OPTOMETRÍA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL LDL HDL, TRIGLICÉRIDO), ELECTROCARDIOGRAMA, EVALUACION FISICA, MENTAL Y SOCIAL.

RECOMENDACIONES LABORALES:

Comentar inmediatamente cualquier cambio con su estado de salud.	X	Uso de elementos de protección personal durante la jornada laboral según el cargo, funciones y de acuerdo con normatividad vigente y los requerimientos del trabajo.	X
Manejo de mecánica corporal e higiene postural dentro y fuera del trabajo	X		
Pausas activas durante la jornada con cambio de posición	X	Uso de lubricantes oculares	
Bajar de peso		Control de cifras tensionales durante 7 días 3 veces al día	
Dieta y ejercicio supervisado	X		
Otros: CONTROL DE LIPIDOS EN UN MES.			

MANEJO EPS/ARL

Nutrición y dieta		Optómetra	X	Oftalmología		Medicina general	X
Otoscopia	X	Osteomuscular	X	Medicina interna		Electrocardiograma	X
Motivo de remisión: NIVELES ELEVADOS DE LIPIDOS							

R. AUDIOMETRIA

Uso de doble protección auditiva.	X
Audiometría clínica confirmatoria	X
Control en 6 Meses	

R. VISIOMETRIA

Uso de EPP	
Uso de lentes según formulación durante la jornada laboral	X

INCLUIR SVE

Conservación visual	X
Conservación auditiva	X
Ergonomía e higiene postural	X
Trabajo en altura.	X

Otros: Control de peso Y talla 26.3 Peso superior al normal, Toma de Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

APTO CON RECOMENDACIONES

Luis E. Bermejo J.
Médico Ocupacional RM 1365483MSP
Subdirección Ocupacional RES 436/07 Ocupacional

Firma del Médico: Dr. Luis E Bermejo Jiménez

Resolución S. Ocupacional: 436/2007

Le informamos que en nuestros archivos queda el original de la historia clínica ocupacional de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015.



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 MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72.000.531, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/02/2020 y fecha fin de contrato 30/06/2020 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): 20200101473725.

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

Martes, 14 de Abril de 2020

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MIGUEL ANGEL OLIVARES ROSERO identificado(a) con CC 72000531, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	08394554031	2013/03/05	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.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

tu compaite sempre

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

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R0000000045

Nº. PÓLIZA	BQ-100027250	Nº. ANEXO	0	Nº. CERTIFICADO	28244228	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 30/10/2020		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	OLIVARES ROSERO, MIGUEL ANGEL	Nº. DOC. IDENTIDAD	72000531
DIRECCIÓN	KR 22 D 77 27 CA	TÉLEFONO	3851285
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	Nº. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 30 NO. 3E-164	TÉLEFONO	0000000
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA	Nº. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 30 NO. 3E-164	TÉLEFONO	0000000

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 001/PCONTR.1333832, CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y NO TITULADA EN EL ÁREA DE PROGRAMACIÓN DE SOFTWARE DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMÁN.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 03/02/2020	24:00: Horas Del 30/10/2020	1.606.308,60	20.000
TOTAL ASEGURADO				

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$	
DIOSA MAGDALENA ROSA	AGENTES	100,00			20.000
			DESCUENTOS	€	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 20.000
GASTOS EXP.	\$ 5.000

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 03/02/2020	IVA	\$	4.750
		TOTAL A PAGAR	\$	29.750

PRIMA BRUTA	\$	20.000
DESCUENTOS	\$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000
GASTOS EXP.	\$	5.000
IVA	\$	4.750
TOTAL A PAGAR	\$	29.750

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).

EL TOMADOR Y/O ASURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 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 PÓLIZA. MANIFIESTO ADÉMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTERIORMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, 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.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
 • Bogotá: 327 4712 - 327 4713



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



tu compañía siempre

NIT 060.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA & APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100027250** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **OLIVARES ROSERO, MIGUEL ANGEL** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**, expedida por la Compañía en **03/02/2020**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **BARRANQUILLA** a los **03** días del mes **FEBRERO** del año **2020**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

