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 | 31 de enero de 2020 |
| Versión | ENERO 2020 - 1,20 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO | **C.C.** | 32.652.261 | **IP/Nº de contacto** | 52009 |
| **Correo electrónico contratista:** | madelaho@misena.edu.co | | | | |
| **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:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 170616841 |
| **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:** | 1310899/2020 | | | **Nº Compromiso SIIF** | 12920 | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 18.035.300 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 18.035.300 | **1** | **Del** | **27/01/2020** | **Al** 31/01/2020 | **$ 480.941,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 17.554.359 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 480.941 | | 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** | **$ 480.941** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 172.981** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Enero | Diciembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | --------- | **9401656086** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL | $ 4.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ - | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 57.660 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 172.981,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 230.641,00 | |
| 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 | 2.306,00 | 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** | **$ 478.635,00** | |

**SON: CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE DIFERENCIAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADE ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHAS 1803239- 1803138- 1943763 PLANILLA 9401656086

**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.

**MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO**
**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 CECILIA SUAREZ BENAVIDES**
**INSTRUCTOR G20**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**YIZY YELINE CORTES PADILLA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO identificado(a) con CC 32652261 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **04/11/2009** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UT BARRANQUILLA NORTE PARA LA ATENCION USUARIOS NUEVA EPS -BIENESTAR MURILLO TR2** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 02 días del mes de enero del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32652261 | | DELAHOZ POLO MARIA AUXILIADORA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 7 # 44 13 BRR BUENOS AIRES | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3622416 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2019-12 | 2019-12 | 15481797 | 9401656086 | I | 2020/01/16 | 2020/01/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $240,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $4,400 | | $0 | $0 | | $240,500 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $4,400 | | $0 | $0 | | $240,500 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $4,400 | | $0 | $0 | | $240,500 |
| 1 | CC | 32652261 | DE LA HOZ MARIA | | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 30 | $828,116 | $132,500 | EPS037 | 30 | $828,116 | $103,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $828,116 | $4,400 | 0 | $0 | $0 | No | $240,500 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $4,400 | | $0 | $0 | | $240,500 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32652261 | | DELAHOZ POLO MARIA AUXILIADORA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 7 # 44 13 BRR BUENOS AIRES | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3622416 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2019-12 | 2019-12 | 15481797 | 9401656086 | I | 2020/01/16 | 2020/01/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $240,500 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $132,500 | $0 | $0 | $132,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $132,500 | $0 | $0 | $132,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,400 | $0 | $0 | $4,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $4,400 | $0 | $0 | $4,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $103,600 | $0 | $0 | $103,600 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $103,600 | $0 | $0 | $103,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $240,500 | $0 | $0 | $240,500 |



# PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:15481797
NUM REFERENCIA:000000940165608G
NUM IDENTIFICACION:32652261
PERIODO: 2019-12
FECHA EFECTIVA:2020-01-07
VALOR: 240.500
MAR 7 ENE 20 16:15:29
007-13476482-088
785414-158981-844629-988260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 111089 CLR 1097639172
07131676-336759

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 14680583921

(415)7707212489984(8020) 000001468058392 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 2 6 5 2 2 6 1 | 1 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## 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 | 3 2 6 5 2 2 6 1 | 1 9 8 0 0 5 2 6 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| DE LA HOZ | POLO | MARIA | AUXILIADORA |

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 44 5 B 157 P 1 AP 1

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| mariadelahozp@gmail.com | 0 8 0 0 0 1 | 3 6 4 0 5 4 4 | 3 0 0 8 5 3 3 5 0 9 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día) | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día) | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 1 0 0 1 2 5 | | | | | | |

### 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: | 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 2 0 0 1 2 5 (Año Mes Día)

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: DE LA HOZ POLO MARIA AUXILIADORA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

# Certificado de Aptitud Laboral



**Tipo Doc:** CC
**Apellido:** De A Hoz Polo
**Empresa:** Particular
**Cargo:** Isntructor
**Direccion:** Calle 4a No.60-85 Galapa
**Telefono:**
**EPS:** Nueva Eps
**AFP:** Colpensiones
**Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** .:: No Aplica ::.
**Fecha:** 22/Ene/2020, **Hora:** 02:38:13 p.m.

**Nro Identidad:** 32652261
**Nombre:** Maria Auxiliadora

**Celular:** 3008533509
**ARL:** Positiva
**Escolaridad:** Universitario
**Jornada Laboral:** Sin Definir

**Recepcion:** # 26907

**Sexo:** Femenino ♀
**Edad:** 58 años
**Nacim:** 23/Dic/1961
**Rh:** O+

.

**Tipo de Examen:** Ingreso

## Examenes Realizados

Audiometria Tamiz, Visiometria, Valoracion Psicologica, Osteomuscular, Perfil Lipidico, Electrocardiograma

## Concepto

Valoración Medica Osteomuscular: Normal, Sin Restricciones Para El Cargo

## Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable

## Observaciones

Ninguna

**IMPORTANTE:**
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.
2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud

Alfredo Córdoba de la Hoz
Medico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 0950 - LIC S.O. 237

**Alfredo Antonio Córdoba De La Hoz**
Medico Especialista Salud Ocupacional
**Lic. de S.O #:** 237
**Registro #:** 0950

Maria Auxiliadora De A Hoz Polo
CC 32652261

## Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32652261 realizó el día 04/02/2020 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 MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32652261 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:

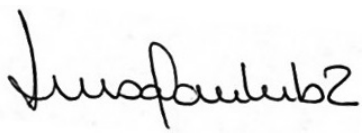
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA AUXILIADORA DE LA HOZ POLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32.652.261, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 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): 20200101591007.

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de Mayo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

**Banco de Bogotá**

NIT. 860.002.964-4

***REFERENCIA BANCARIA***

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DE LA HOZ POLO MARIA AUXILIADORA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 32652261 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Cuenta Corriente No. | *-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*- // | |
| ☒ | Cuenta de Ahorros No. | 170616841 | abierta desde el 13/01/11 |
| ☐ | Créditos hasta por valor de $ | 0.00 | |

CONCEPTO: PRODUCTO ACTIVO Y EN ESTADO NORMAL CON NUESTRA ENTIDAD

Se expide en BQUILLA el día 20 del mes de Enero del año 2020 con destino a A QUIEN INTERESE

Banco de Bogotá
OFICINA BARRANQUILLA 170
JEFE DE SERVICIOS

Firmas Autorizada

170 Barranquilla

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

| No. PÓLIZA | BQ-100026973 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 28243703 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 27/01/2020 | SUC. EXPEDIDORA | BARRANQUILLA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DIAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 27/01/2020 | 24:00 Horas Del | 26/10/2020 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | DE LA HOZ POLO, MARIA AUXILIAR | No. DOC. IDENTIDAD | 32652261 |
| DIRECCIÓN | CALLE 4A #:60-85 | TELÉFONO | 3008533509 |
| ASEGURADO | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA | No. DOC. IDENTIDAD | 8999990341 |
| DIRECCIÓN | DIAGONAL 45 D NO. 19-72 | TELÉFONO | 0000000 |
| BENEFICIARIO | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA | No. DOC. IDENTIDAD | 8999990341 |
| DIRECCIÓN | DIAGONAL 45 D NO. 19-72 | TELÉFONO | 0000000 |

## OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.CO1 PCCNTR 131089 , CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE ENFOQUE DIFERENCIAL QUE PROGRAME EL CENTRO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LOS PROGRAMAS TITULADOS Y COMPLEMETARIOS

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA | VALOR PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00: Horas Del 27/01/2020 | 24:00: Horas Del 26/10/2020 | 1.803.530 | 20.234 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| JENNIFER MARIA ZAMOR | AGENTES | 100.00 |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA BRUTA | $ | 20.234 |
| DESCUENTOS | $ | 0 |
| EXTRA PRIMA | | |
| PRIMA NETA | $ | 20.234 |
| GASTOS EXP. | $ | 5.000 |
| IVA | $ | 4.794 |
| TOTAL A PAGAR | $ | 30.028 |

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 27/01/2020 |
|---|---|

## 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, ASI 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.

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.



Scanned by CamScanner