SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**99311-839067**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.143.118.573	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	admagdaniel3@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	54854250623
IP/Nº de contacto:	13217	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5768227/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**164124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CESION SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN INTEGRACION DE CONTENIDOS DIGITALES RADICADO 08-9-2024-025669..PZO 17/12/2024

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.140.893
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 14.140.893
Valor Bruto Pago:	**$ 2.679.327,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.461.566

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.679.327	Ninguno	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	**$ 2.679.327**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.726.027**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9473593754**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 576.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.726.027,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.308.827,00	
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 - BARRANQUILLA	23.088,00	1,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.656.239,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INSTRUCTOR: CESION SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,
EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA
FORMACIÓN INTEGRACION DE CONTENIDOS DIGITALES RADICADO 08-9-2024-025669..PZO 17/12/2024
FICHAS DE TGO DMGV 2721320- 2721321- 2758186- 2834422

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

ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

RENE GREGORIO BARBOZA PEREZ
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
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

08/10/24 16:05:50 USUARIO: SIC - C.C. 1143118573

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1143118573		MAGDANIEL GARCIA ANGELY DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 66 # 45 10 apto 4b	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3108063419

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	**2024-09**	Periodo Salud	**2024-09**
Fecha límite de pago	**2024/10/17**	Fecha de pago	**2024/09/23**
Dias de mora	**0**	Tasa de mora	**26.16%**

TOTALES	
Valor a pagar	**$518,500**
Intereses de mora	**$0**
Saldos e incapacidades	**$0**
Valor total	**$518,500**

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	**9473593754**
Clave de pago	**928674299**
Banco	**BANCOLOMBIA**

2024/10/07 11:14 AM

Alertas y Notificaciones

Alertas y Notificaciones 21 de septiembre de 2024, 11:54
<alertasynotificaciones@notificacionesbancolombia.com>
Responder a: Alertas y Notificaciones
<alertasynotificaciones@notificacionesbancolombia.com>
Para: the.magdaniel@gmail.com

Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia.

Bancolombia

Notificación

Transaccional

Bancolombia: Pagaste $518,500.00 a APORTES EN LINEA desde tu producto *0623 el 21/09/2024 11:54. ¿Dudas? 6045109095/018000931987. Estamos cerca.

¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos?
Visualiza esto y más en Día a Día en App Bancolombia.

QUIERO USAR DÍA A DÍA **QUIERO SABER MÁS**

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.

Aquí algunos consejos y recomendaciones para que

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141107190925

(415)7707212489984(8020) 000014110719092 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 3 1 1 8 5 7 3	7	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

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 1 4 3 1 1 8 5 7 3	

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
MAGDANIEL	GARCIA	ANGELY	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 61 N O 47 73 AP 304 ED BARLOVENTO

42. Correo electrónico: the.magdaniel@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 0 6 3 4 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 1 0	2 0 1 6 0 1 2 7							

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
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 2024 - 08 - 09 / 14 : 11: 51

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

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

APTITUD MÉDICA PREINGRESO OSTEOMUSCULAR

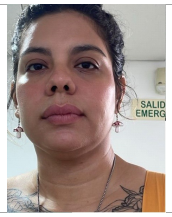
IPS CONVIVENCIA SOCIAL NIT 900303399 - 9

FECHA	17/12/2016	CÓDIGO	F-PRO-02	Versión 2

Fecha Ingreso | PARTICULAR

S004 **Usuaria:** SENA

Foto



I. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA	N Identificación	1143118573	Sexo	F	Edad 34
Cargo: INSTRUCTOR VIRTUAL	Fecha Nacimiento	jueves, 22 de febrero de 1990	T Sangre	O+	
Lugar Nacimiento: BARRANQUILLA	Tipo Servicio	INGRESO OSTEOMUSCULAR			

Exámenes: AUDIOMETRÍA; ELECTROCARDIOGRAMA; ESPIROMETRÍA; EXAMEN MÉDICO; LABORATORIO; OPTOMETRÍA; PSICOSOCIAL

Laboratorio: GLICEMIA; PERFIL LIPÍDICO — EPS: SANITAS

Escolaridad	PROFESI0NAL	Completo	SI	Estado Civil	UNION LIBRE	ARL	POSITIVA
Profesión	DISEÑO GRAFICO	N Hijos vivos	0			AFP	PROTECCION
Responsable	HARRISOM BATLLE	Resp Teléfono	3014352061	Vinculo	CONYUGUE		

II. EXÁMENES MÉDICOS PREOCUPACIONALES REALIZADOS

Exámenes realizados con resultados NORMALES	Exámenes realizados con resultados ANORMALES
Audiometría; Electrocardiiograma; Espirometría; Evaluacion Medica Osteomuscular; Glicemia; Optometría; Perfil lipídico; TEST PSICOLOGICO	

IV. CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO, CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: (1) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. (2) PAUSAS ACTIVAS LABORALES (3) HIGIENE POSTURAL. ADEMÁS DE LAS ADICIONALES AQUÍ DETALLADAS

Recomendaciones: DIETA BALANCEADA HIPOCALORICA Y EJERCICIO DIARIO.

Restricciones:

CERTIFICACIÓN: *Certifico que la información suministrada durante el proceso de la evaluación registrada en la Historia Clínica Ocupacional d ela cual forma parte integral el presente documento, es verídica y puede ser corroborada.*

FIRMA MÉDICO ESPECIALISTA

DRA. ANDREA BRITO LICENCIA:335/2023



CONSENTIMIENTO CONFIRMADOCertifico que he recibido información de tipo de exámenes practicados los cuales expresamente he autorizado para su realización, fui informado de sus resultados y del concepto de aptitud laboral, recomendaciones y/o restricciones.

Certifico que todo lo registrado en la Historia Clínica es verídico, que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmada.

FIRMA DEL USUARIO



Calle le 70 No. 52-54 Local 139A Gran Centro. Contacto: Recepción 3224286. Administración 3005965827 Email: socialconvivencia@gmail.com Barranquilla Atlántico

APP USUARIOS IPS ™ Barranquilla, Julio 31 de 2019. PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL. DERECHOS EXCLUSICOS RESERVADOS.

Ir al inicio

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

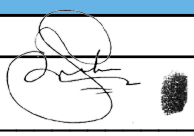
Fecha: 07/09/2024
Hora: 09:50:51

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2024-09-07	Angely	Magdaniel Garcia	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
34	Femenino	A1	1143118573

Detalles del cuestionario		
Bloque	Resultado	Num. Preguntas
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Transtorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	2	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	3	3
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	3	3
16. Aritmética	2	3
17. Transtornos del sueño	3	3
Semejanzas	3	3
20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Transtonos de estado de animo	3	3

Area	Resultado	total Preguntas.	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	20	21	Aprobado
Inteligencia	14	15	CI 96, Apto

Observaciones



Firma evaluador

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 realizó el día 30/09/2024 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 ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 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.

_____

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 realizó el día 07/10/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 realizó el día 07/10/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 realizó el día 07/10/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143118573 el día 30/09/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Angely Magdaniel

C.C 1.143.118.573

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 30 de septiembre 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761168556000

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/09/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 32836808
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 32836808	MALKA IRINA DE LA HOZ JIMENEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	3093	18/09/2024	CC 1143118573	MAGDANIEL GARCIA ANGELY	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

2315A863DC0388366C87B51C3A25DA9A

Certificado impreso el día 9/17/2024 9:11:47 AM por el portal de cargue masivos

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA** identificado con **CC** No. **1143118573**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 13/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de 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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020256414.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Certificado
Bancario

Lunes, 9 de septiembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA identificado(a) con CC 1143118573, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	54854250623	2016/01/27	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Angely Daniela Magdaniel Garcia, identificado(a) con CC número 1143118573, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143118573
NOMBRES Y APELLIDOS	Angely Daniela Magdaniel Garcia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	22/02/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	305 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	40 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	13/07/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1143118573 Trabajador Independiente Desde 04/09/2024 - Vigente N.I.T. 802011065 INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB Desde 16/01/2024 - Vigente N.I.T. 860351894 INSTUNIVERSITARIA SERGIO ARBOLEDA Desde 07/08/2024 - Vigente N.I.T. 802011065 INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB Desde 25/01/2023 Hasta 10/12/2023N.I.T. 860351894 INSTUNIVERSITARIA SERGIO ARBOLEDA Desde 26/07/2023 Hasta 30/11/2023CEDULA DE CIUDADANIA 1143118573 ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA Desde 01/03/2023 Hasta 30/09/2023

Generado por interfaces

09/09/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Angely Daniela Magdaniel Garcia, identificado(a) con CC número 1143118573, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces

09/09/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MAGDANIEL GARCIA ANGELY DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1.143.118.573** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de septiembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024090414340

Seguros de Vida Alfa S.A,

NIT: 860.503.617-3

seguros alfa

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES
TARJETAS DE CRÉDITO

CLASE DE DOCUMENTO: INCLUSIÓN

N° DE CRÉDITO: 5303

RAMO: VIDA GRUPO	**TIPO:** DIRECTO	**PÓLIZA No.** GRD-619	
SUCURSAL EXPEDIDORA: SUCURSAL SAN DIEGO	**DIRECCIÓN:** AV.CLL 24ª 59-42 TORRE 4 P. 4 Y 5	**CIUDAD / DEPT.** BOGOTA D.C. / CUNDINAMARCA	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA 01 MES 08 AÑO 2024	**VIGENCIA PÓLIZA DESDE:** 00:00 HORAS DÍA 01 MES 08 AÑO 2024	**VIGENCIA PÓLIZA HASTA** 23:59 HORAS: MENSUAL RENOVABLE	**FECHA DE PAGO:** Mensual al día de vencimiento del producto de crédito asociado a esta póliza
TOMADOR Banco De Bogotá S.a.		**NIT / C.C.** 860.002.964-4	
DIRECCIÓN Calle 36 no. 7-47piso 15	**TELÉFONO** 3320032	**CIUDAD** Bogotá d.c.	**DEPARTAMENTO** Cundinamarca
ASEGURADO ANGELY DANIELA MAGDANIEL GARCIA		**NIT / C.C.** 1143118573	
DIRECCIÓN CR 73 81-35	**TELÉFONO** 3108063419	**CIUDAD** BARRANQUILLA	**DEPARTAMENTO** ATLANTICO
BENEFICIARIO: VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS.		**NIT / C.C.**	

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	PRIMA MENSUAL A PAGAR
MUERTE	VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS	EL VALOR DE PRIMA SE VERÁ REFLEJADO EN EL EXTRACTO DE SU TARJETA DE CRÉDITO
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		

OBJETO

SE EMITE EL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PARTICULARES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULAS ADICIONALES Y DECLARACIONES:

A) ACEPTO QUE SE RENUEVE AUTOMÁTICAMENTE POR PERIODOS IGUALES AL INICIALMENTE CONTRATADO, A MENOS QUE EXPRESE MI VOLUNTAD DE NO RENOVARLA, DÁNDOLO POR TERMINADO, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADOR CON UNA ANTELACIÓN NO INFERIOR A TREINTA (30) DÍAS

B) PARA FACILIDAD DEL ASEGURADO, EL BANCO INCLUIRÁ EN EL EXTRACTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO EL VALOR DE LA PRIMA QUE DEBE PAGAR EL ASEGURADO JUNTO CON LA CUOTA DEL CRÉDITO

LAS CONDICIONES GENERALES PODRÁN SER CONSULTADAS EN EL LINK: www.segurosalfa.com.co

CLAVE INTERMEDIARIO	NOMBRE INTERMEDIARIO

EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS. CÓDIGO DE COMERCIO, ART. 1152.

Este producto es comercializado por Seguros de Vida Alfa S.A. identificada con NIT 860.503.617-3. Puedes dirigirte al Defensor del Consumidor Financiero a: «defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co», «defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co» dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15 local 6, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono (601) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. Para mayor información ingresa a la página https://www.segurosalfa.com.co sección legal y opción Consumidor financiero.

Realiza tus consultas y solicitudes a través de nuestras líneas de atención al cliente en Bogotá (1) 307 70 32, desde el resto del país 01 8000 940010, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.- sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a «servicioalcliente@segurosalfa.com.co». Mas normación www.segurosalfa.com.co

Somos grandes contribuyentes.
IVA régimen comun.
Por el concepto de primas de seguros no se práctica retención en la fuente por lo previsto en el articulo 17 del decreto 2509 de 1985.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

Dirección para notificaciones al asegurador. Bogotá D.C.
Av. Calle 26 Nº 59-15 Local 6 Edificio Avianca

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO
TARJETAS DE CRÉDITO

TOMADOR: **BANCO DE BOGOTA**

GRUPO ASEGURADO

Serán amparadas todas las personas naturales, que sean titulares (deudores) de las tarjetas de crédito BANCO DE BOGOTÁ, expedidas en cualquier franquicia

VIGENCIA:

Del 15 de diciembre de 2023 a las 00:00 horas hasta 14 de diciembre de 2025 a las 24:00 horas

BENEFICIARIOS

El Banco Bogotá, adquiere en todos los casos la calidad de beneficiario hasta por el saldo insoluto de la deuda.

VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

La cobertura del seguro inicia desde el momento de la activación o utilización de las tarjetas de crédito y estará vigente hasta su cancelación total

VALOR ASEGURADO

Valor asegurado para Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total y Permanente será el saldo insoluto de la deuda, el cual incluye capital, intereses corrientes e intereses de mora, seguros y demás costos asociados

COBERTURAS

Muerte por Cualquier Causa:

La cobertura es muerte por cualquier causa, razón por la cual desde la fecha de inicio del amparo individual se cubre Muerte por causa natural o accidental, homicidio, suicidio, VIH y desaparición forzosa (en los términos establecidos por la Ley Colombiana). En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar será el saldo insoluto a la fecha de muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

Incapacidad total y permanente:

Ampara la incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado, por un período continuo de ciento veinte (120) días, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por éste, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

Se entenderá ocurrida la invalidez al momento de la estructuración de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación, en el caso de que no se pueda establecer en el dictamen la fecha de estructuración, la fecha de ocurrencia del siniestro será la correspondiente a la de la emisión del dictamen, en ausencia de ésta, será la de la reunión de la autoridad calificadora.

La cobertura incluye tentativa de suicidio y homicidio desde el momento mismo en que se inicia la cobertura individual para cada asegurado. Así mismo, incluye lesiones que hayan sido provocadas a sí mismo por el asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales. De la misma forma, se cubre invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad causada por el uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación; tanto como las reclamaciones que sean consecuencia de accidentes por la utilización o práctica de deportes o actividades denominadas de alto riesgo y/o extremas

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Mínima de ingreso : Ilimitada
Máxima de ingreso : Ilimitada
Permanencia : Ilimitada

PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Una vez formalizada la reclamación, o sean aportados todos los documentos soporte de la misma, Seguros de Vida Alfa S.A. pagará por conducto del Banco de Bogotá la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos dentro de los tres (3) días hábiles para fallecimiento y siete (5) días hábiles para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, contados a partir de la fecha del recibo por parte de Seguros de Vida Alfa S.A. de la documentación que sustente el siniestro, y en caso de no cumplirse los plazos fijados por Seguros de Vida Alfa S.A. pagará

a favor del Banco y/o beneficiario la tasa máxima de interés moratoria vigente en el momento que se efectué el pago. Seguros de Vida Alfa S.A. deberá transferir los pagos a la cuenta que el BANCO DE BOGOTÁ informará.

DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar las coberturas descritas en este seguro serán necesaria que en cada reclamación se alleguen además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

Para Muerte por Cualquier Causa:

- Registro civil de defunción.
- En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la presunta fecha de muerte.

Para Incapacidad Total Permanente:

- Copia del dictamen de invalidez de la EPS, ARL, COLPENSIONES, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez en el que conste causa de la incapacidad y el porcentaje de pérdida de capacidad.
- Historia clínica.

AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo las condiciones aquí otorgadas, el tomador o beneficiario podrá dar aviso a Seguros de Vida Alfa S.A. dentro de los treinta (30) días siguientes en que haya conocido o debido conocer el siniestro..

Las Condiciones Generales podrán ser consultadas en el Link www.segurosalfa.com.co