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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**101008**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**21695-321461**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.045.680.880	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sloaiza@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	77048522273
IP/Nº de contacto:	3851285	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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	SI
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:	5748951/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**136324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	1

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:CESION APOYAR LA FORMULACIÓN, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, PROCESOS, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA REGIONAL ARTICULANDO LOS CENTROS DE FORMACIÓN RADICADO 08-9-2024-030446. PZO 31 DIC

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**31/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 5.600.000
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 5.600.000
Valor Bruto Pago:			**$ 5.600.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.600.000	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	**$ 5.600.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.712.900**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9478036404**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.240.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 280.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 358.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 11.700	$ 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%	$ 3.098.445	$ 1.237.000	
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	3.712.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.961.600,00	
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	49.616,00	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	**$5.550.384,00**	

SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Fase 3 de programación presupuestal 2025. Formulario de Servicios personales indirectos.

Apoyar en la elaboración del informe de gestión octubre 2023 a septiembre 2024 para la audiencia pública de rendición de cuentas.

Seguimiento de indicadores FPI centros de formación

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

SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ
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,

ALEXANDRA MILENA PALACIO FUENTES
PROFESIONAL G04

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

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 1045680880		LOAIZA MARTINEZ SAILY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 34#47-115	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3028456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1079350975	9478036404	I	2024/12/18	2024/11/27	BANCOLOMBIA	0	$567,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,954,471	$312,800			$1,954,471	$244,400			$0	$0			$1,954,471	$10,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,954,471	$312,800			$1,954,471	$244,400			$0	$0			$1,954,471	$10,300		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,954,471	$312,800			$1,954,471	$244,400			$0	$0			$1,954,471	$10,300		$0	$0
1	CC	1045680880 LOAIZA SAILY	25-14	30	$1,954,471	$312,800	EPS010	30	$1,954,471	$244,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,954,471	$10,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,954,471	$312,800			$1,954,471	$244,400			$0	$0			$1,954,471	$10,300		$0	$0

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 1045680880		LOAIZA MARTINEZ SAILY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 34#47-115	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3028456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1079350975	9478036404	I	2024/12/18	2024/11/27	BANCOLOMBIA	0	$567,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,800	$0	$0	$312,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$312,800	$0	$0	$312,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,300	$0	$0	$10,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,300	$0	$0	$10,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,400	$0	$0	$244,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$244,400	$0	$0	$244,400
TOTAL				**1**	**$567,500**	**$0**	**$0**	**$567,500**

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14535308541

(415)7707212489984(8020) 000001453530854 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1045680880	6	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 13	1045680880	2007-06-07

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Barranquilla 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOAIZA	MARTINEZ	SAILY	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Barranquilla 001

41. Dirección principal: CL 52 31 67 BRR LUCERO

42. Correo electrónico: sailyjohaloaiza@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3005032060	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7010	2017-01-26							

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2019 - 05 - 24

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

LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN
CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Resolucion: 4625 Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

DATOS DEL TRABAJADOR

FECHA:	Viernes 12 de Enero de 2024	**HORA INICIA:**	8:44:58 AM
NOMBRES:	SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ	**HORA FINALIZA:**	09:49:23
TIPO DOCUMENTO:	RUT	**RH:**	O positivo
DOCUMENTO:	1045680880	**GENERO:**	Femenino
EDAD:	34	**ESTADO CIVIL:**	Casado
FECHA NACIMIENTO:	(A/M/D) 1989-05-20	**ESCOLARIDAD:**	Post Grado
LUGAR NACIMIENTO:	Arauca - Arauca	**CELULAR:**	3005032060
CARGO:	Administrativo	**DIRECCIÓN:**	Cra 34 #47 115 Barranquilla-Atlantico



DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	SENA	**NIT:**	899999034-1	**CIUDAD:**	BARRANQUILLA - ATLÁNTICO
ACTIVIDAD:	EDUCACIÓN	**TELEFONO:**	3344863 - Ext 52247	**DIRECCIÓN:**	Calle 30#3E-164 B/quilla

EXAMENES REALIZADOS

Glicemia, Audiometría, Visiometría, Perfil lipidico

ENFASIS

Osteomuscular, Cardiovascular, Psicosocial

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (No aplica)

RESTRICCIONES

Ninguna

RECOMENDACIONES:

TRABAJADOR: 1- Cuidar su salud y protección, cumpliendo con las acciones del SGSST. 2-Hacer pausas activas periódicas. 3-Usar los elementos protección personal adecuados. 4-Dieta balanceada, estilo de vida saludable y manejo del estrés.
EMPLEADOR: 1-Realizar los exámenes médicos ocupacionales anual o según la normatividad vigente, según el caso. 2-Seguimiento y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3-Realizar pausas activas en sus trabajadores. 4-Seguir recomendaciones, lineamientos y protocolos de prevención Covid-19.

OBSERVACIONES:

Ninguna

RESULTADO DE APTITUD LABORAL

Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo

Firmado digitalmente
Viernes 12 de Enero de 2024

Firma, Licencia: 5127, Doctor(a): LEYDY DIANA CERINZA BARRIOS

Nombre o Firma del Trabajador

-La presente certificación se expide con base a la información manifestada por el trabajador, por la empresa, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, Dicho certificado tiene carácter confidencial, y es válido solo para el SENA, según la normatividad vigente.

Dra. Ana Bornachera
Bacterióloga U. Metropolitana
Reg. P. 0518
Laboratorio clínico LYONS & PACINI.

No. 07 PACIENTE C.C 1045680880
NOMBRES: SAILY
APELLIDOS: LOAIZA MARTINEZ
Fecha: ENERO 12 224
Sexo/ edad: FEMENIN0/ 34 AÑOS
EMPRESA SENA INDUSTRIAL

Exámenes Solicitados: GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO.

INFORME DE LABORATORIOS

HEMOGRAMA			
	RESULTADOS	VR. HOMBRE	VR. MUJER
Hematocrito		43-50 %	37-45%
Hemoglobina		14-16 g/dl	12-14 g/dl
Leucocitos		**5.000-11.000/mmc**	
Hematies		**4.000.000 – 5.000.000**	

RECUENTO DIFERENCIAL						
Shilling	**Seg %**	**Linfo%**	**Eosin %**	**Monc %**	**Basof %**	**Band %**
v. normal	**55-66**	**21-30**	**2-4**	**4-8**	**0-1**	**0-2**

Resultado						

RECUENTO de PLAQUETAS

EXAMENES DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	
KOH DE UÑAS	
COPROLOGICO	

URIANALISIS	
EXAMEN FÍSICO	EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR	BACTERIAS
ASPECTO	LEUCOCITOS
EXAMEN QUÍMICO	HEMATIES
PH	CELULAS EPITELIALES
DENSIDAD	ACUMULOS LEUCOCITARIOS
GLUCOSA	CRISTALES
PROTEINAS	CILINDROS
UROBILINÓGENO	OTROS
BILIRUBINAS	
HEMOGLOBINA	
NITRITOS	
CETONAS	

QUÍMICA SANGUÍNEA		
DETERMINACIÓN	**RESULTADO**	**VALOR NORMAL**
Glicemia A:	85mg/dl	**70-105 mg/dl**
Glicemia B		
Colesterol total	**202 mg/dl**	**Hasta 200 mg/dl**
Colesterol HDL	**50 mg/dl**	**Mayor de 35 mg/dl**
Colesterol L.D.L	**131,4 mg/dl**	**Menor de 150 mg /dl**
Colesterol V.L.D.L	**20,6mg/dl**	**0 – 40 mg/dl**
Triglicéridos	**103 mg/dl**	**30 – 150 mg/dl**
Ácido úrico		**2,3-6.0 mg/dl**
Nitrógeno ureico		**10-20 mg/dl**
Urea		**10 – 50 mg/dl**
Creatinina		**0,5 –1,2 mg/dl**
Bilirrubina directa		**Hasta 0,25 mg/dl**
Bilirrubina indirecta		**Hasta 0,75 mg/dl**
Bilirrubina total		**Hasta 1,0 mg/dl**
ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATIC		**0-4.0 ng/dl**
TGO		**0-40 U/ml**
TGP		**0.40 U/ml**
SEROLOGIA II		
T3 TRIYODOTIRONINA		**0,61-1,81 ng/ml**
T4 TIROXINA TOTAL		**4,5-10,9ug/dl**
TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES		**0,55-4,78 uUI/ml**
HEMOGLOBINA GLICOSILADA		**NO DIABETICO :MENOR DE 6% META TERAPEUTICA:6-7% DIABETICO NO CONTROLADO MAYOR DE 7%**

Dra. Ana Bornachera M.
BACTERIOLOGA
TP 051
C.C.45442.370 Cartagena

Hace constar:

Que el Sr(a) SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045680880 realizó el día 11/12/2024 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 SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045680880 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1045680880 el día 11/12/2024 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

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, **SAILY JOHANA LOAIZA MARTINEZ** identificado con **CC** No. **1045680880**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 25/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 17/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **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): 202401022301597.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de diciembre 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

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.11.30 07:36:09 -05:00

Código de Seguridad: F0Al/nOVvaTtmcLTjGGCdw==

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 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BQ-100094394	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28393793	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	30/11/2024	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/12/2024	24:00 Horas Del	30/04/2025		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	LOAIZA MARTINEZ, SAILY JOHANA	No. DOC. IDENTIDAD	1.045.680.880
DIRECCIÓN	CALLE41 N 17C - 145 TORRE 06 APARTAMENTO 503	TELÉFONO	3005032060
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA. 43 NO 42-40	TELÉFONO	6825505
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CRA. 43 NO 42-40	TELÉFONO	6825505

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.5748951 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FORMULACIÓN, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, PROCESOS, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA REGIONAL ARTICULANDO LOS CENTROS DE FORMACIÓN, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES, EN EL MARCO DEL MEJORAMIENTO CONTINUO Y EL MODELO DE INTELIGENCIA ORGANIZACIONAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO CORPORATIVO DEL OBJETO CONTRACTUAL

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/12/2024	24:00 Horas Del 30/04/2025	560.000,00	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 560.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
RE ASESORES DE SEGUROS LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/12/2024

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).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO 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 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 GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

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

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

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

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BQ-100094394	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28393793	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	30/11/2024	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/12/2024	24:00 Horas Del	30/04/2025		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
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 COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100094394** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **LOAIZA MARTINEZ, SAILY JOHANA** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** , expedida por la Compañía en **30/11/2024,** 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.

BARRANQUILLA a los **30** días del mes **NOVIEMBRE** del año **2024.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	28393793

Fecha de Facturación	30/11/2024	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	BQ–100094394	
Periodo Facturado	01/12/2024	30/04/2025

Fecha Límite de Pago	30/12/2024
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	LOAIZA MARTINEZ, SAILY JOHANA
CALLE41 N 17C – 145 TORRE 06 APARTAMENTO 503	1045680880
Intermediario	RE ASESORES DE SEGUROS LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **30/12/2024** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	28393793

Fecha de Facturación	30/11/2024	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	BQ–100094394	
Periodo Facturado	01/12/2024	30/04/2025

Fecha Límite de Pago	30/12/2024
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00
IVA	4.750,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	29.750,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	LOAIZA MARTINEZ, SAILY JOHANA
CALLE41 N 17C – 145 TORRE 06 APARTAMENTO 503	1045680880
Intermediario	RE ASESORES DE SEGUROS LTDA

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)00000028393793(3900)000000029750(96)20241230

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028393793(3900)000000029750(96)20241230

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Mercar · 472

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tu compañía siempre