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** | **Febrero de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **60173-337681** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 32.896.550 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | merodriguez05@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24070307977 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3013101250 | **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 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:** | 7385800/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **37325** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN BILINGUISMO. RADICADO 08-9-2025-002916. PZO 9-12-2025. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **10/02/2025 Al 28/02/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.995.110 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.219.659,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 42.775.451 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.219.659 | 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** | **$ 3.219.659** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.863.393** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4588457471** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 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 | | $ 321.966 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 621.000 | |
| 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 | 1.863.393,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.813.859,00 | |
| 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 | 28.139,00 | 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** | **$3.191.520,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARI
Para el Programa Formación FAMILIA IDIOMAS (BILINGÜISMO) •English does work level 1: 318729-318730-318731-318732

**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

**MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ 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,

**CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ DE LA HOZ**
**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**

17/02/25 11:51:41 USUARIO: SIC - C.C. 32896550

## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHedonado | EVELYN DONADO LOPEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO |
| Fecha y Hora Sistema: | 5/02/2025 12:00:00 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 11725 de fecha 2025-01-23. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 37325 | **Fecha Registro:** | 2025-02-05 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-008-930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 45.995.110,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 45.995.110,00 | **Saldo x Obligar:** | 45.995.110,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 32896550 | **Razón Social:** | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 24070307977 | **Banco:** | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 39630800 | **Nombre:** | ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLANTICO |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.7385800-2025 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2025-02-05 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 930245 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | | | | |
| | | | | | | 45.995.110,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 45.995.110,00 | 0,00 | 45.995.110,00 | 45.995.110,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación Bilinguismo. radicado 08-9-2025-002916. pzo 9-12-2025. |

| PLAN DE PAGOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-02-28 | 3.219.659,00 | 3.219.659,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-03-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-04-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-05-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-06-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-07-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-08-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-09-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-10-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-11-30 | 4.599.511,00 | 4.599.511,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-008-930210 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2025-12-30 | 1.379.852,00 | 1.379.852,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32896550 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CL 49 # 1 A 63 | TELÉFONO: | 3013101 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4588457471** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/01/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991508412 |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 209.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 209.100** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 163.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 163.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 370.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.000** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 372.500** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32896550 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CL 49 # 1 A 63 | TELÉFONO: | 3013101 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4591639343** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | diciembre |
| | AÑO: | 2024 | | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 30 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/02/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991733101 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4588457471 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2025/01/23 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 0 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 0** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 0 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 0** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 7.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 7.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 6.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 200** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 7.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32896550 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CL 49 # 1 A 63 | TELÉFONO: | 3013101 |
| 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 | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4591639343** | | | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 30 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/02/14 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9991733101 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4588457471 | | | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA | 2025/01/23 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

**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 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 200 | $ 0 | $ 7.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.800** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 7.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 32896550 | RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER | INDEPEND | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | A | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 32896550 | RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | C | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 32896550 | $ 6.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 32896550 | RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | R | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | EPS037-NUEVA EPS | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 32896550 | $ 6.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 7.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32896550 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CL 49 # 1 A 63 | TELÉFONO: | 3013101 |
| 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 | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4588457471** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 8 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/01/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9991508412 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 208.000 | $ 1.100 | $ 209.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 1.100** | **$ 209.100** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 900 | $ 0 | $ 162.500 | $ 900 | $ 0 | $ 163.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 900** | **$ 0** | **$ 163.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 1 | CC 32896550 | RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER | INDEPEND | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 372.500** |

Planilla Pagada

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896602906

(415)7707212489984(8020) 000001489660290 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 2 8 9 6 5 5 0 | 0 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 2 8 9 6 5 5 0 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | MARTINEZ | MAGALIS | ESTHER |

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 49 1 A 63 BRR CARRIZAL

42. Correo electrónico magalisrodriguez05@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 3 1 0 1 2 5 0 | 3 0 1 3 1 9 1 5 5 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 |
| 8 5 5 1 | 2 0 1 3 0 1 3 0 | | | | | | | |

### 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

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

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 LANCHERO DEAZA DANIEL ESTEBAN

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 32896550 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **31/01/2022** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UT BIENESTAR - OCGN UMA CALLE 30** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 17 días del mes de febrero del año 2025.

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

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.896.550**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

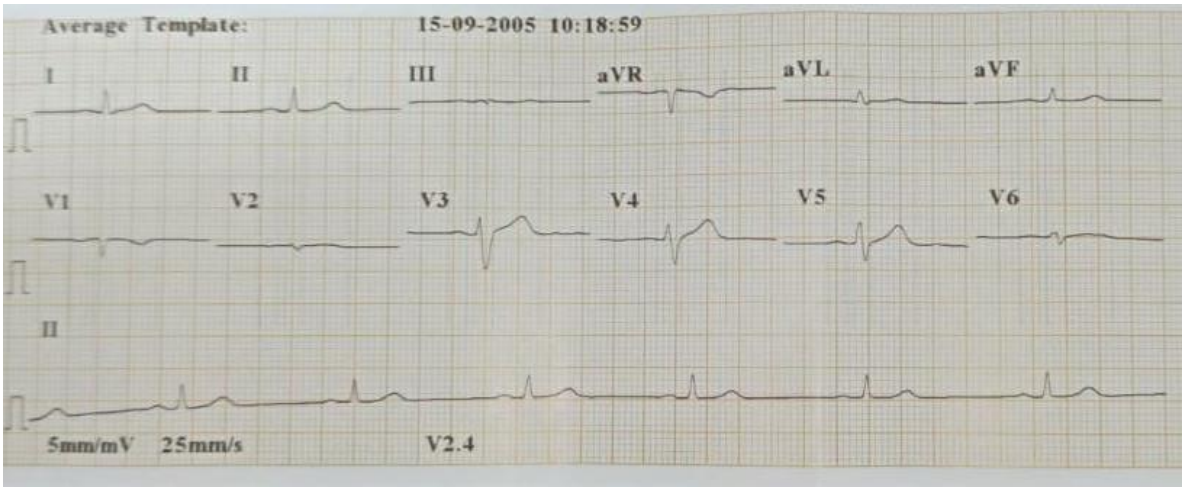
**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

**ASGESST IPS**
**en servicios de gestion en seguridad y salud en el trabajo.**
**Carrera 58 N 70 – 129**
**Edif. Chicago**
**consultorio 103**
**cel: 3046300896 – 3045341458**
**Atencion Correo:**
**asgesst.recepcion@gmail.com**

**Nombre y apellidos:** MAGALI ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ

**Documento:** 32896550 **Edad:** 43 **Fecha:** 11/01/2023




**Interpretación:**

Ritmo: sinusal

Frecuencia cardiaca (Fc): 69 / min

Onda P: Normal

Intervalo PR: 0.1 segundos

Complejo QRS: 0.70 segundo patrón normal

Onda T: Normal

Segmento ST: Normal

**DIAGNOTICO: TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFICO NORMAL**

Dr. Omar púa pacheco

RM: 47492

**ASGESST IPS**
**en servicios de gestion en seguridad y salud en el trabajo.**
**Carrera 58 N 70 – 129 Edif. Chicago consultorio 103**
**cel: 3016829236 – 3046300896**
**Atencion Correo: asgesst.recepcion@gmail.com**



**Paciente:** MAGALI ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ
**Edad:** 43 A **Sexo:** F **Identificación:** 32896550 **Fecha rcp:** 1 1 / 0 1 / 2 0 2 3
**Empresa:** INDEPENDIENTE **Médico:** NO Asignado

**Hematología**

| | Resultado | Valores de referencia |
|---|---|---|
| **HEMOGRAMA TIPO I**<br>**A - ERITROGRAMA-** | | |
| Hemoglobina | 12.6 gr/dl | 14.5 a 16.50 gr/dl |
| hematocrito | 38 % | 31 a 43 % |
| Eritrocitos | 4100000 /mm³ | 3900 a 5100 /mm³ |
| promedio de volumen corpuscular (PVC) | 100 um³ | 80 a 97 um³ |
| promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC) | 29.3 pg. | 26.5 a 33.5 pg |
| Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC) | 32.2 gr/dl | 31 a 38 gr/dl |
| **B - LEUCOGRAMA -**<br>Recuento de Leucocitos | 6200 /mm³ | 5.0 a 10.0 /mm³ |
| Neutrófilos | 61 % | 43 a 65 % |
| LINFOCITOS | 30 % | 30 a 40 % |
| Eosinofilos | 5 % | 1 a 5 % |
| Monocitos | 4 % | 2 a 10% |
| Reticulocitos | 0 % | 1 a 5% |
| Recuento de plaquetas | 266.000 | 150 a 450 mm3 |

**Química**

| | | |
|---|---|---|
| Glucosa en sangre | 71 mg/dl | 70 a 100 mg/dl |

| **PERFIL LIPIDICIO** | | |
|---|---|---|
| Colesterol total | 199 mg/dl | 100 a 200 mg/dl |
| Nivel de HDL | 32 mg/dl | 35 a 55 mg/dl |
| Colesterol LDL | 150.2 mg/dl | 80 a 130 mg/dl |
| Colesterol VLDL | 16.8 mg/dl | 20 a 70 mg/dl |
| Triglicéridos | 84 mg/dl | 50 a 160 mg/dl |

**REGISTRO BACTERIOLOGICO** TP 12632702
**NUM HABILITACION DHS 1097343**

| | |
|---|---|
|  | **RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA -PSICOMETRICA** |

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas y debilidades considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

## . DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos : MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ
Documento de Identidad: 32896550
Edad :43 AÑOS
Fecha de Nacimiento :15/10/1979
Nivel académico : PROFESIONAL
Cargo en evaluación : INSTRUCTOR
Fecha :11/ 0 1 / 2 0 2 3
Ciudad : BARRANQUILLA

## 2. ANALISIS DE RESULTADOS

El evaluado es secuencial en la ejecución de su labor. Demuestra respeto por las normas establecida en la organización

Su pensamiento es concreto.

Presenta conducta de autoprotección además se muestra persona con mucha seguridad.

| | |
|---|---|
| | **RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA -PSICOMETRICA** |

No se evidencian síntomas depresivos, psicóticos, antecedentes psiquiátricos personales, ni otras patologías incapacitantes tales como convulsiones, adicciones o estrés postraumático.

En el ítem que mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona capaz de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen peligros externos, obtuvo un puntaje dentro de la media.

Dentro de su fortaleza encontramos el compromiso, la

colaboración en su entorno laboral y familiar le gustar

ayudar Y escuchar a sus amistades y familiares. Para

poder servir de consejera.

**4. CONCLUSION**

De acuerdo con las pruebas psicotécnicas, entrevista realizada y perfil del cargo se infiere que el señor/a MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ adecuado nivel de desempeño para el cargo.



*Mari Sofía Hernández Díaz.*

*Psicóloga. T.P. 222997.*

**ATENCION EN SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**NIT: 901184825-2**
**Carrera 58 No. 70- 129 Consultorio 103 Tel: 6052012878**
**Móviles: 3016829236 - 3007292297**
**E-mail: assgesst.recepcion@gmail.com**

TOMETRIA

| FFECHA | | |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |
| 11 | 01 | 23 |

ASGESST

| EMPRESA | CARGO A DESEMPEÑAR |
|---|---|
| | |

| | TIPO DE EXAMEN: |
|---|---|

**INFORMACION DEL ASPIRANTE**

| NOMBRES (S) | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|
| Magalis | Rodriguez | Martinez |
| DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION | CC PA CE | No. |

| ANTECEDENTES | SI | NO |
|---|---|---|
| USA LENTES | | ✓ |
| LEJOS | | |
| CERCA | | |
| TIEMPO USO: | | |

SINTOMAS OCULARES

| | SI | NO | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRURITO | | | ARDOR | | ENRROJECIMIENTO | | |
| DOLOR | | | LAGRIMEO | | CANSANCIO | | |
| RESEQUEDAD | | | SECRECION | | | | |
| FOTOFOBIA | | | CEFALEA | | | | |

**PROFUNDIDAD:**

| FIGURA 1. | FIGURA 2. | FIGURA 3. | FIGURA 4. | FIGRA 5. | FIGURA 6. | FIGURA 7. | FIGURA 8. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.O. | A.O. | A.O. | A.O. | A.O. | A.O. | A.O. | A.O. |
| O.D. | O.D. | O.D. | O.D. | O.D. | O.D. | O.D. | O.D. |
| O.I. | O.I. | O.I. | O.I. | O.I. | O.I. | O.I. | O.I. |

**AGUDEZA VISUAL:**

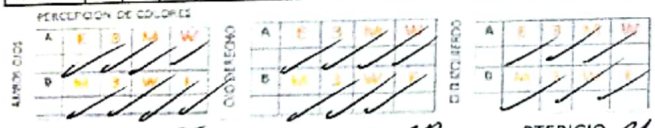
| CERCA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.O. | | | | | X | X | X |
| O.D. | | | | | X | X | X |
| O.I. | | | | | X | X | X |

| LEJOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.O. | | | | | | X | X |
| O.D. | | | | | | X | X |
| O.I. | | | | | | X | X |

**CORRECCION CON LENTES:**

| CERCA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.O. | | | | | | | |
| O.D. | | | | | | | |
| O.I. | | | | | | | |

| LEJOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.O. | | | | | | | |
| O.D. | | | | | | | |
| O.I. | | | | | | | |




NISTAGMOS no ESTRABISMO no PTERIGIO no PTOSIS PALPEBRAL no.

**INTERPRETACION**

| | CERCA | LEJOS | OJO |
|---|---|---|---|
| AGUDEZA VISUAL NORMAL | | | |
| PATOLOGIA REFRACCION CORRECCION | | | |
| PATOLOGIA REFRACCION NO CORREGIDA | | | |
| PATOLOGIA REFRACCION INADECUADAMENTE CORREGID | | | |
| PERCEPCION COLOR | | | |
| PROFUNDIDAD | | | |

RECOMENDACIONES

PROTECCION VISUAL _____ OPTOMETRIA _____

OFTALMOLOGIA _____ ORTOPTICA _____ CONTROLES _____

EXAMINADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

Magalis Rodriguez C.

Powered by CamScanner

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |
| 11 | 01 | 23 |

ASGESST

| EMPRESA | CARGO A DESEMPEÑAR |
|---|---|
| | |

TIPO DE EXAMEN:

**INFORMACION DEL ASPIRANTE**

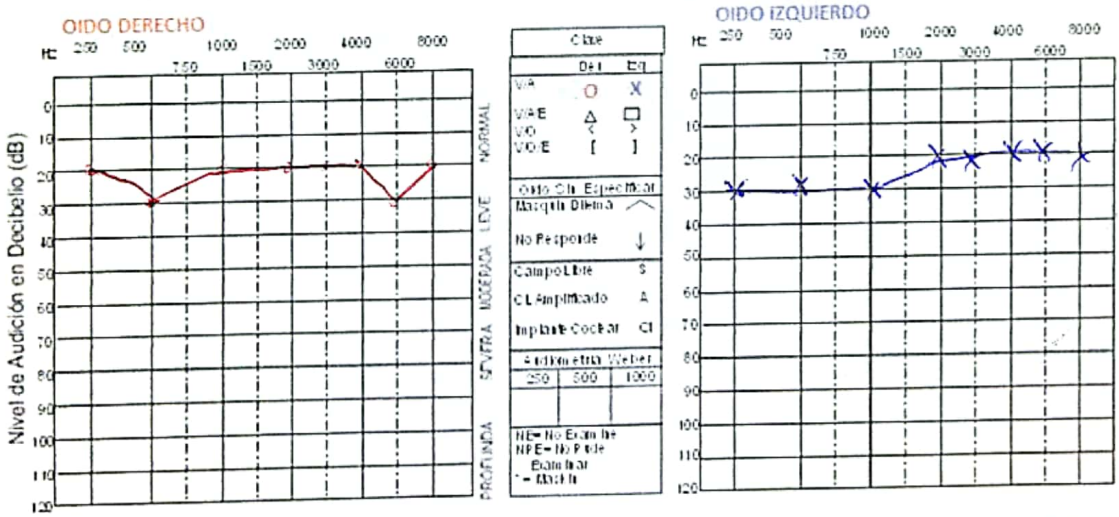
| NOMBRES (S) | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| Magalis | Rodriguez | | Martinez |
| DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION | CC | PA | CE | No. |

OTOSCOPIA DERECHA OK OTOSCOPIA IZQUIERDA OK

| ANTECEDENTES PATOLOGICOS AUDITIVOS | | | EXPOSICION RUIDOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANTECEDENTES AUDIT** | **SI** | **NO** | **EXPOSICION RUIDOS** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| OTITIS OTALGIA SECRECIONES | | X | CONDUCE MOTOCICLETA | | X | |
| HIPOACUSIA SUBJETIVA | | X | USA AUDIFONOS DIADEMAS | | X | |
| TINITUS – ACUFENOS | | X | FRECUENCIA DISCOTECAS | | X | |
| CIRUGIA DE OIDOS | | X | REPOSO AUDITIVO | X | | |
| TRATAMIENTO PREVIO | | X | DISPARO ARMAS | | X | |

| | | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D | VA | 10 | 30 | 20 | 20 | 20 | 20 | 30 | 20 |
| | VO | | | | | | | | |
| O.I | VA | 10 | 30 | 30 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | VO | | | | | | | | |

AGREGAR CALIFICACION SEGÚN AUDIOGRAMA INDIVIDUAL EL CUAL SE ANEXARA A ESTE FORMATO CON DATOS DE PACIENTE CORRESPONDIENTE.




| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| |
| MEDICO EXAMINADOR — FIRMA DEL TRABAJADOR |




Powered by CamScanner

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# Magalis Rodriguez

C.C 32.896.550

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de febrero 2025



**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761133169000

## Hace constar:

Que el Sr(a) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 realizó el día 16/02/2025 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 MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 realizó el día 16/02/2025 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 realizó el día 16/02/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención 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

## Hace constar:

Que el Sr(a) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 realizó el día 16/02/2025 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 29 de mayo de 2020 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) MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32896550 el día 16/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ** identificado con **CC** No. **32896550**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 14/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**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): 202501012568799.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MAGALIS ESTHER RODRIGUEZ MARTINEZ Identificado con CC 32896550

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina BOULEVARD 58, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24070307977 |
| **Fecha de apertura:** | 27 de Enero de 2017 |
| **Saldo disponible:** | $7,879.63 |
| **Saldo total a la fecha:** | $22,879.63 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 17 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | 85 | 85-46-101043697 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 04 | 02 | 2025 | 10 | 02 | 2025 | 00:00 | 09 | 04 | 2026 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :32,896,550 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CL 49 NRO. 1 A - 63 BRR LA CI | CIUDAD: | BARRANQUILLA - ATLANTICO | TELÉFONO: | 3013101250 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SENA REGIONAL ATLANTICO | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA 43 N 42-40 | CIUDAD: | BARRANQUILLA - ATLANTICO | TELÉFONO: | 6053851285 |
| ADICIONAL: | | | | | |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.7385800 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LAFORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULARTITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMAFORMACIÓN FAMILIA IDIOMAS (BILINGÜISMO)

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/02/2025 | 09/04/2026 | $ 4,599,511.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 21,321.57 | $ 8,000.00 | $ 5,571.10 | $ 34,892.67 | $ 4,599,511.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| ZAMORA SCHETTINI JENNI | 20358 | 100,00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO**

**PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA**

85-46-101043697
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5.Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

32699895

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101043697, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANQUILLA, a los 4 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010436970

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER C.C. C.C. :32,896,550

LA SUMA DE: TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101043697

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101043697 - 0 - 0 | $ 21,321.57 | $ 8,000.00 | $ 5,571.10 | $ 34,892.67 |

FORMA DE PAGO

| | |
|---|---|
| EFECTIVO: | $ 34,892.67 |
| CHEQUE: | $ 0.00 |
| TARJETA: | $ 0.00 |
| BD: | $ 0.00 |
| OTROS: | $ 0.00 |
| TOTAL: | $ 34,892.67 |

INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010436970

FECHA

CONTADO

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ MARTINEZ MAGALIS ESTHER C.C. C.C. :32,896,550

LA SUMA DE: TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101043697

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101043697 - 0 - 0 | $ 21,321.57 | $ 8,000.00 | $ 5,571.10 | $ 34,892.67 |

FORMA DE PAGO

| | |
|---|---|
| EFECTIVO: | $ 34,892.67 |
| CHEQUE: | $ 0.00 |
| TARJETA: | $ 0.00 |
| BD: | $ 0.00 |
| OTROS: | $ 0.00 |
| TOTAL: | $ 34,892.67 |

INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101043697

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.
PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.
DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 28 de febrero de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

***TI: 1046711938 JONATHAN DAVID GONZALEZ RODRIGUEZ 12 AÑOS***

***TI: 1046729384 MIGUEL ANGEL GONZALEZ RODRIGUEZ 8 AÑOS***

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: MAGALIS ESTHER RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
C.C. 32896550


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.046.729.384
GONZALEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-2016
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
19-MAY-2023 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-0360150-01358425-M-1046729384-20230531
0113562278A 1
8508294520

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.046.711.938**

**GONZALEZ RODRIGUEZ**

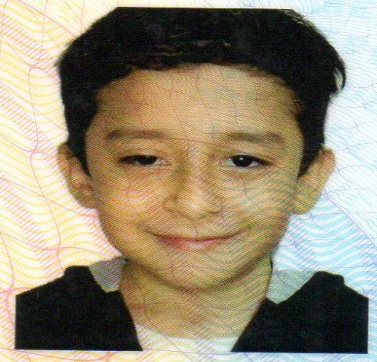
APELLIDOS

**JONATHAN DAVID**

NOMBRES

JONATHAN

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-2012**

**BARRANQUILLA**
**(ATLANTICO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**03-ABR-2030** **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**06-SEP-2021 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0300150-01259068-M-1046711938-20211007 **0075748442A 2** 8502835970