

Simple

PAGOSIMPLE

Prefectura

Fecha creación reporte: 2020-02-17, 02:11:00 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Colectación: marzo de 2020 Periodo Servicio: marzo de 2020

Referencia pago (PIN): 8809897500

Fecha límite de pago: 2020-04-21

GUARDADA 17/02/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS HERNANDEZ	Dirección	CRA 44 B # 98 - 48
Documento	CC22478378	Teléfono	1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	ATLANTICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP. INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Identificación	
Representante Legal			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aporte está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos										Total	
Identificable	Apellidos y Nombres	Categoría	Autosuscripción	CE	LE	BO	TA	ED	SA	VA	IN	AV	LO	AP	PS	IC	AP	IC	AP	IC	AP	IC	ESAP	AP	IC	ESAP	AP	IC	Total	
CC 22478378	MERCEDES DEL CARMEN	NO																											\$ 380.200	

III. TOTALES

RIC Pensiones	RIC Salud	RIC Riesgos	RIC Cajas	Aportes Inversión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sema	Aportes ICSP	Aportes ESAP	Aportes Mili Educación	Incapacidades, Licencias, Salidas	Incapacidades APP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.309.600	\$ 1.309.600	\$ 1.309.600	\$ 0	\$ 209.600	\$ 0	\$ 0	\$ 163.700	\$ 0.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 380.200	\$ 0	\$ 380.200

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora												Periodo de cotización salud											
13																							
												Enero											
												Febrero											
												Marzo											
												Abril											
												Mayo											
												Junio											
												Julio											
												Agosto											
												Septiembre											
												Octubre											
												Noviembre											
												Diciembre											

Cafam-Colsubsidio-Mercaderuerías Cafam-Colsubsidio-



88880989750000000991231

Grupo Éxito-Bancomparit-Confandi Grupo Éxito-Bancomparit



(415)7709998485884(8020)8809897500(3900)0000000(96)20991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Call: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

BanCompartir

contigo

Abr 15 2020 - 12:17:15 ASDENV_V04_R32

PUNTO DE LIQUIDACION S

CARRERA 53 70 22 LOCAL

C. COMERCIO: 0508008650

TER: 00119341

RECIBO: 027581 RRN: 106934159910

Pago SIMPLE

Numero de autorizacion: 041402

Id del aportante: 8809897500

Numero de PIN: 8809897500

Periodo de liquidacion: 2020/03

Valor: \$ 380.200

Comision: \$ 0

Por favor valide que los datos impresos
en este comprobante sean correctos.

****CLIENTE****

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4004709057

Fecha de Radicación

2/4/01/2/0/2/0

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
VANEGAS Primer apellido		CC		HERNANDEZ Segundo apellido		22478378		Femenino ☒ Masculino ☐	
MERCEDES Primer nombre		DEL CARMEN Segundo nombre		3/0/08/1/9/7/7					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		PORVENIR FPC		877803			
18. Residencia		3014595270		MERCER.VANEGAS@HOTMAIL.COM			
CL 44 B 98 48 Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electrónico	
BARRANQUILLA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		MIRAMAR Localidad / comuna		ATLANTICO Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5							
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)					
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1		B2		B3		B4	
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C UAB 20 DE JULIO - OSTOTAL SAS PRADO CP		ST20DJULIO - OSTOTALS	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS HERNANDEZ		CC		22478378		01	
39. Ubicación		3014595270		MERCER.VANEGAS@HOTMAIL.COM		BARRANQUILLA	
CL 44 B 98 48 Dirección		Telefono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
						ATLANTICO Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

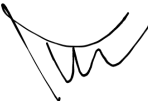
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42.Fecha	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino ☐ Masculino ☐				0 1 0 1 2 0 2 0	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="text"/>		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

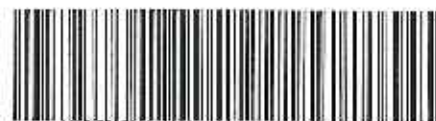
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>		71. Firma del funcionario			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>				
Observaciones					

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

2. Concepto: **02** Actualización
Exercio reservado para la DIAN

4. Número de formulario:

14474335249



3. 577072124059430201000014474335249

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

2 2 4 7 8 3 7 8

6. DV:

0

12. Dirección regional:

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico:

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación:

2 2 4 7 8 3 7 8

27. Fecha expedición:

1 9 9 7 0 6 1 1

Lugar de expedición:

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido:

VANEGAS

32. Segundo apellido:

HERNANDEZ

33. Primer nombre:

MERCEDES

34. Otros nombres:

DEL CARMEN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

17. RUC:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección física:

CR 444 B 98 48 CA 46

42. Correo electrónico:

merce.vanegas@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1:

3 0 1 4 5 8 5 2 7 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 0 2 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

8 5 2 3

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 7 1 9

Otras actividades

50. Código:

8 5 5 1

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Códigos: 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

54. Imputo multa y compl. régimen ordinario

55. Obligado a cumplir deberes formales a

DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma:	56. Tipo:	57. Modo:	58. OPC:

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 ☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 7 1 9

La información contenida en el formulario será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 16 Decreto 2450 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
-Firma autorizada-

984. Nombre: VANEGAS HERNANDEZ MERCEDES DEL CARMEN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



Calle 69E No. 41 - 20
Tels: 3049203
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Certificado de Aptitud Laboral



Tipo Doc: CC
Apellido: Vanegas Mantilla
Empresa: Sena Regional Atlantico
Cargo: Instructora
Dirección: Cra 44 No. 98 - 48 Barranquilla
Telefono: 3178788
EPS: Salud Total
AFP: Porvenir
Estado Civil: Soltero
Ciudad: :: No Aplica ::

Nro Identidad: 22478378
Nombre: Mercedes Del Carmen

Sexo: Femenino ♀
Edad: 42 años
Nacim: 30/Ago/1977
Rh: A+

Celular: 3014595270
ARL: Positiva
Escolaridad: Especialista
Jornada Laboral: Sin Definir

Fecha: 24/Ene/2020, **Hora:** 08:50:59 a.m.

Recepcion: # 26960

Tipo de Examen: Ingreso

Exámenes Realizados

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

Concepto

Valoración Medica Osteomuscular: Normal, Puede Laborar, Se Realizo Valoración Medica Dermatologica., Valoracion Psicologica:normal

Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable

Observaciones

Ninguna

IMPORTANTE:

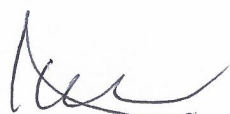
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.

2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.

DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud


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

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


Mercedes Del Carmen Vanegas Mantilla
CC 22478378



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22478378 realizó el día 18/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MERCEDES DELCARMEN VANEGAS HERNANDEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 22.478.378, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2020 y fecha fin de contrato 30/06/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001014102387.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

23/01/2020

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MERCEDES DEL CARMEN VANEGAS MANTILLA** con **Cédula de Ciudadanía** número **22478378**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570026670054043
Fecha de apertura	05/01/1996

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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

Ciudad de Expedición: BARRANQUILLA				Sucursal: BARRANQUILLA				Cod. Sucursal: 85		Nro. Póliza: 85-46-101016274		Anexo: 0	
Fecha Expedición:				Vigencia Desde:		A las:		Vigencia Hasta:		A las:		Tipo Movimiento:	
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	EMISIÓN ORIGINAL		
07	02	2020	10	02	2020	00:00	31	10	2020	00:00			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: VANEGAS HERNANDEZ MERCEDES DEL CARMEN		Identificación: 22478378-0	
Dirección: CRA 44B N 98-48		Teléfono: 3014595270	
Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO			

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación: 899999034-1	
Dirección: CRA 43 N 42-40 PISO 11		Teléfono: 3514196	
Ciudad: BARRANQUILLA - ATLANTICO			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.1354830 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO, REFERENTE A LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJES RELACIONADOS CON ORIENTAR INVESTIGACION FORMATIVA SEGUN REFERENTES TECNICOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ACADEMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL, SEGUN CONTRATO NO CO1.PCCNTR.1354830.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
AMPAROS:	10/02/2020	31/10/2020	\$ 1,529,817.80
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO			
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 25,006.86	\$ 7,000.00	\$ 6,081.30	\$ 38,088.16	\$ 1,529,817.80	07/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
ANTONIO BARROS & COMPA	48763	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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

Mmsm

kes

