

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	930210
			Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A			ID de Proceso	33164-385460
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ROSANIA SOLANO ZAMIRA zrosanias@misena.edu.co	C.C.	22.503.979
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	3014385014
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO	
			Es declarante de renta? ☐ NO	
			Es Pensionado? ☐ NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI	
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	24522676181
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO	
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:			☐ N/A	
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:			☐ N/A	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1734539/2020	N° Compromiso SIIF	92120	
Valor Total del Contrato	\$ 15.630.593	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 15.630.593	1	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.384.239		04/08/2020	31/08/2020
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.246.354	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.246.354	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.157.116	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	2.157.116,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.298.542	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.876.154,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 162.400	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 207.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 6.800	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	28.762,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700			0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta	\$ 569.712			0,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 719.039	Descuentos de Libranza	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
			VALOR A PAGAR	\$ 3.217.592,00
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL AREA DE HUMANO QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE. TGO G. HUMANO 2142679. TGO G. HUMANA 2065107, TGO G. HUMANA 2142691, TGO G HUMANA 1964019 CUENTA DE AHORRO BCSC SA BANCO CAJA SOCIAL 24522676181				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			ROSANIA SOLANO ZAMIRA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			MARIA CECILIA SUAREZ BENAVIDES INSTRUCTOR G20	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
YIZY YELINE CORTES PADILLA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZAMIRA ROSANIA SOLANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22503979**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de julio de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ZAMIRA ROSANIA SOLANO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **22503979** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 22503979
NOMBRES Y APELLIDOS	ZAMIRA ROSANIA SOLANO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	77
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 26/07/2020

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115

Línea Nacional 018000 519 519

www.epssura.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22503979		ROSANIA SOLANO ZAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 75 NO 67-12	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3031016	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-07	2020-07	81322027		9409419942	I	2020/08/21	2020/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	\$372,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,202,348	\$192,400			\$1,202,348	\$150,300			\$0	\$0			\$1,202,348	\$29,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,202,348	\$192,400			\$1,202,348	\$150,300			\$0	\$0			\$1,202,348	\$29,300		\$0	\$0	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,202,348	\$192,400			\$1,202,348	\$150,300			\$0	\$0			\$1,202,348	\$29,300		\$0	\$0	
1	CC	22503979	ROSANIA ZAMIRA	25-14	30	\$1,202,348	\$192,400	EPS010	30	\$1,202,348	\$150,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,202,348	\$29,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,202,348	\$192,400			\$1,202,348	\$150,300			\$0	\$0			\$1,202,348	\$29,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22503979		ROSANIA SOLANO ZAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 75 NO 67-12	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3031016	No

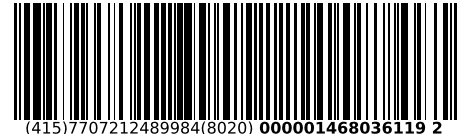
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-07	2020-07	81322027	9409419942	I	2020/08/21	2020/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$372,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$192,400	\$0	\$0	\$192,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$192,400	\$0	\$0	\$192,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$150,300	\$0	\$0	\$150,300	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$150,300	\$0	\$0	\$150,300	
TOTAL				1	\$372,000	\$0	\$0	\$372,000	

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14680361192



(415)7707212489984(8020) 000001468036119 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 2 5 0 3 9 7 9

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 2 5 0 3 9 7 9

27. Fecha expedición

1 9 8 9, 0 6, 2 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Galapa

2 9 6

31. Primer apellido

ROSANIA

32. Segundo apellido

SOLANO

33. Primer nombre

ZAMIRA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 75 67 12

42. Correo electrónico

samirarosania@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 4 3 8 5 0 1 4

45. Teléfono 2

3 0 3 1 0 1 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 1, 2 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2020 - 01 - 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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

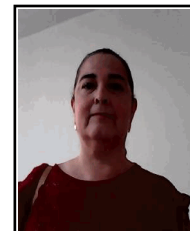
Firma autorizada:

984. Nombre ROSANIA SOLANO ZAMIRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Occupational Health IPS S.A.S.
Nit 901304065-2
Teléfono 3142618140
Calle 75 # 58-52 Barranquilla - Colombia
www.occupationalhealthips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 498

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ROSANIA SOLANO ZAMIRA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	48 AÑOS 11 MESES 7 DÍAS	CC	22503979
Cargo				Tipo			
PSICOLOGA				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO				ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO				USO DE EPP		HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
RECOMENDACION POR AUMENTO EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL QUE SUGIERE RIESGO CARDIOVASCULAR REQUIERE DIETA Y EJERCICIO VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
RECOMENDACION POR PATOLOGIA CARDIOVASCULAR QUE REQUIERE VALORACION POR MEDICINA INTERNA EN SU EPS.						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CARRILLO ORTIZ JOHANNA MILENA				Nombre: ROSANIA SOLANO ZAMIRA			
R. M.: 52928483 L.S.O.: 13916				CC: 22503979			
Código de Seguridad							
R614X1D498							

apcertificadocapacitacion.aspx - Google Chrome
contratistas.sena.edu.co/apcertificadocapacitacion.aspx



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



siqa
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CALIDAD
En compromiso de todos

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSANIA SOLANO ZAMIRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22503979 realizó el día 14/08/2020 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

4:49 p. m.
14/08/2020



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 ZAMIRA ROSANIA SOLANO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 22.503.979, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/08/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 1.

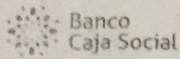
Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

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): 202001018131670.

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de Agosto de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ZAMIRA - ROSANIA SOLANO

Identificado con

CC22503979

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0417 BOULEVARD 58, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS NOMINA

Número : 24522676181

Fecha de Apertura : 31 de octubre de 2008

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

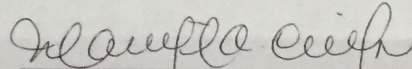
Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0417 BOULEVARD 58 de la ciudad de BARRANQUILLA, el día viernes, 24 de enero de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:

M1C0B1A7 - MARINELLA VANESS CAICEDO BORJA


FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO
Banco Caja Social
Establecimiento Bancario



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN			SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO		
CUCUTA			AGENCIA CUCUTA						49		49-44-101019907		0		
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO						
03	08	2020	03	08	2020	00:00	30	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		ROSANIA SOLANO, ZAMIRA		IDENTIFICACIÓN		CC: 22.503.979	
DIRECCIÓN: CLL 75 NUM 67-12				CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO		TELÉFONO: 3014385014	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10		CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO 3704470

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-010-A REDIS 12-09-12 / E-CU-010-A-REDIS 15-08-13 / 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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE LA CESION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 1734539-2020 ATL-CCS-00033-2020 No SIIF 92120 CUYO OBJETO ES IMPARTIR INFORMACION PROFESIONAL EN EL AREA AIPI DE SALUD EN LOS DIVERSON PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/08/2020	30/04/2021	\$1,563,059.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA \$ *****26,010.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****0,00.00	IVA \$ *****4,941.00	TOTAL A PAGAR \$ *****30,951.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****1,563,059.00	PLAN DE PAGO CONTADO
---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------	------------------------------------	---	-------------------------

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PROMOTORA DE SEGUROS CUCUTA LTDA.	143606	100.00			

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AV. 1E NO. 17 - 88 - TELEFONO: 5835460 - CUCUTA

49-44-101019358

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR