SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN-ATLANTICO - SERVIOS PRESTADOS A

Código Regional	**8**
Código Centro	**920710**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**45203-569570**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL
Correo electrónico contratista: aiprenss@sena.edu.co
C.C. 32.723.722 **IP/Nº de contacto** 0000

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 ?** NO

Banco al cual consignar: **Tipo de cta** **Nº Cuenta**

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

Nº del contrato: 1729840/2020 **Nº Compromiso SIIF** **71920**

Valor Total del Contrato	$ 13.112.724	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.112.724	**1**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 3.278.181,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.834.543		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.278.181		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 3.278.181**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.932.347**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9408442147**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.311.272	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 209.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 327.818	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 644.116	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.932.347,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.904.281,00	
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	29.043,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.249.138,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestación de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional titulada GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO al grupo
Prestación de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional titulada en el área de Lubricación al grupo
Prestación de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional titulada en el área de MATEMÁTICA Y FÍSICA A
Prestación de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional titulada en el área de Lubricación térmicos
Prestación de servicios profesionales como instructor para impartir formación complementaria en el área de matemática y física

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.

AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

ROBERTO MORALES HEILBRON
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

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
PROFESIONAL G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32723722		AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL	INDEPENDIENTE	Principal	calle 26 # 50-24	SOLEDAD-ATLANTICO	3924862	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	685962833	9408442147	I	2020/08/10	2020/07/17	BANCOLOMBIA	0	$906,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$3,180,000	$508,800			$3,180,000	$397,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$906,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$3,180,000	$508,800			$3,180,000	$397,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$906,300
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						$3,180,000	$508,800			$3,180,000	$397,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$906,300
1	CC	32723722	PRENS AMIRA																	25-14	30	$3,180,000	$508,800	EPS037	30	$3,180,000	$397,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$906,300
Total		**Afiliados(1)**																				$3,180,000	$508,800			$3,180,000	$397,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$906,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32723722		AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL	INDEPENDIENTE	Principal	calle 26 # 50-24	SOLEDAD-ATLANTICO	3924862	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	685962833	9408442147	I	2020/08/10	2020/07/17	BANCOLOMBIA	0	$906,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$508,800	$0	$0	$508,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$508,800	$0	$0	$508,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$397,500	$0	$0	$397,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$397,500	$0	$0	$397,500
TOTAL				**1**	**$906,300**	**$0**	**$0**	**$906,300**

Pagos aportes en línea

Resumen del pago

La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	**Aportes en línea**
NIT:	**9999001472382**
Clave de planilla:	**9408442147**
Periodo de pago:	**2020-07**
Fecha de la transacción:	**2020/07/17**
Valor:	**906,300**
Banco:	**BANCOLOMBIA**
Dirección IP:	**192.168.12.180**
Código único de seguimiento (CUS):	**685962833**

Aceptar

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32723722,** se encuentra afiliado/a desde **11/06/1997** 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 14 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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL identificado(a) con CC 32723722 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. NORTOLIMPUS- ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A - SEDE CALLE 30**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de julio del año 2020 .

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

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14309152194

(415)7707212489984(8020) 000001430915219 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 2 3 7 2 2	9	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	3 2 7 2 3 7 2 2	1 9 8 7 1 1 3 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PRENS	SANDOVAL	AMIRA	ISABEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Soledad 758

41. Dirección principal: CL 26 50 24

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
aprenss@misena.edu.co		3743994	

CLASIFICACION

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
8523	2009 02 23		Año Mes Día				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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 61. Fecha: 2014 08 21

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: GUETE MENDIVIL HANSEL ALCIDES
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Paciente:	AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL		
Identificacion:	32723722	**Sexo:**	F
Direccion:	CALLE 26 No 50 - 24 BARRIO COSTA HERMOSA		
Ciudad:	SOLEDAD, ATLANTICO		
Teléfono:	3147471306	**Ocupación:**	
Est. Civil:		**Edad:** 49 años 5 meses y 17 días	1969-10-26
Asegurador:	PARTICULAR 1		
Acompañante:			
Responsable:			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

No.: 163205 **Edad del paciente:** 49 años 5 meses y 17 días **Fecha de la nota:** 12/04/2019 4:22:26 p. m.

TIPO DE EVALUACION REALIZADA

EVALUACION OCUPACIONAL	Preocupacional

DATOS DEL TRABAJADOR

EMPRESA EN MISIÓN	**CARGO**
NO APLICA	INSTRUCTORA
ÁREA O SECCIÓN	
DOCENCIA	
TIPO DE EXAMEN	**TIPO DE APTITUD**
PREOCUPACIONAL	APTITUD LABORAL

EXAMENES REALIZADOS

EXAMENES REALIZADOS	AUDIOMETRIA TAMIZ OPTOMETRIA EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR OPTOMETRIA

PRUEBAS DE LABORATORIO	**LABORATORIOS**
SI	PERFIL LIPIDICO GLICEMIA HEMOGRAMA PARCIAL DE ORINA

OTROS EXAMENES	EXAMEN MEDICO OCUPACIONA CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR Y NEUROLOGICO

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	SEGUIR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS EVITAR LABORAR EN HORARIOS NOCTURNOS CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL TENIENDO EN CUENTA PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

AUDIOMETRIA DE CONTROL EN	**FECHA PROXIMO CONTROL AUDIOMETRICO (MM/AAAA)**
12 MESES	04/2020

RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

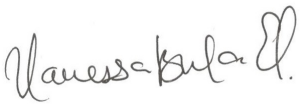
RECOMENDACIONES	FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES FOMENTAR LA PRACTICA DE PAUSAS ACTIVAS

REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS SVE

DE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR	
SI	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	CON LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO



VANESSA MARIA BULA ESCAMILLA
RM 082311/2009 LIC:05932 -13/10/2011
SALUD OCUPACIONAL

Hace constar:

Que el Sr(a) AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32723722 realizó el día 14/08/2020 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 AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32723722 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

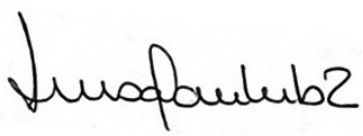
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32.723.722, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2020 y fecha fin de contrato 30/11/2020 con riesgo 4.

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): 202001018131929.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **11/08/2020**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor AMIRA ISABEL PRENS SANDOVAL** con **Cédula de Ciudadanía** número **32723722**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550026400098021**
Fecha de apertura	**13/11/1997**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BQ-100031124	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28252840	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	29/07/2020	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del 01/08/2020	24:00 Horas Del 31/03/2021		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	PRENS SANDOVAL, AMIRA ISABEL	No. DOC. IDENTIDAD	32723722
DIRECCIÓN	CALLE 26 #50-24	TELÉFONO	3147471306
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 21 NO. 15 - 100	TELÉFONO	8247679
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CALLE 21 NO. 15 - 100	TELÉFONO	8247679

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.1729840 , CUYO OBJETO ES INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE MECÁNICO DE MAQUINARIA INDUSTRIAL - TRATAMIENTOS TÉRMICOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 01/08/2020	24:00: Horas Del 31/03/2021	1.311.272,40	20.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.311.272	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
DIOSA MAGDALENA ROSA	AGENTES	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/08/2020

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGUN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTIAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

Amira Prens

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF Asociación Panamericana de Fianzas Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100031124** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **PRENS SANDOVAL, AMIRA ISABEL** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA** , expedida por la Compañía en **29/07/2020,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **BARRANQUILLA** a los **29** días del mes **JULIO** del año **2020**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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