SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA -SERVICIOS PRESTADOS A LA F

Código Regional	**73**
Código Centro	**931010**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**28451-667445**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO
Correo electrónico contratista: capenas@sena.edu.co
C.C. 1.083.904.595 **IP/Nº de contacto** 3219238567

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 45381818300

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: N/A

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: 1713943/2020 **Nº Compromiso SIIF** 38120

Valor Total del Contrato	$ 17.687.367	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.687.367	**1**	**Del**	**23/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 1.137.045,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.550.322		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.137.045		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	**$ 1.137.045**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 665.059**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.600	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 221.686	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	665.059,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	886.745,00	
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 - 8523	2.660,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	160,00	6,000%
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	**$ 1.134.225,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Para el mes de Julio de 2020 se realizaron charlas informativas con la comunidad interesada en tomar formación complementaria de inglés en el municipio de Ibagué, utilizando las herramientas tecnológicas como Google Meet, a fin de iniciar esta formación. Se prepararon los documentos necesarios para dar inicio, tales como la guía de aprendizaje y los instrumentos de evaluación.
Asistí a reuniones programadas por el líder de bilingûismo medienante la herramienta Google Meet para recibir capacitación con respecto a la ejecución de la formación profesional integral tanto en titulada presencial como en complementaria presencial.
Se sostuvieron reuniones con estudiantes del programa de formación complementaria de la institución Normal Nacional con el fin de definir los horarios de formación de inglés.

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.

CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO
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,

OMAR BARRAGAN CAICEDO
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

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO identificado(a) con CC 1083904595 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/07/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE PITALITO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 16 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

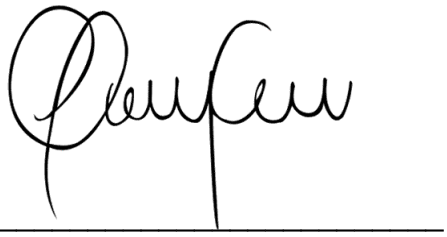
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALBERTO PENA SALGADO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.083.904.595**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 04 de enero de 2013.

La presente certificación se expide el 01 de julio de 2020.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ***¿por qué?*** *porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14698994788

(415)7707212489984(8020) 000001469899478 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 9 0 4 5 9 5	3	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 9 0 4 5 9 5	2 0 1 1 1 2 1 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	SALGADO	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal

CL 43 A 9 29

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
caps_2409@hotmail.com		3 2 1 9 2 3 8 5 6 7	3 1 3 3 5 8 0 8 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 7 0 8 0 1						

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	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 07 - 16 / 13 : 16: 35

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 PEÑA SALGADO CARLOS ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CALIDAD·COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

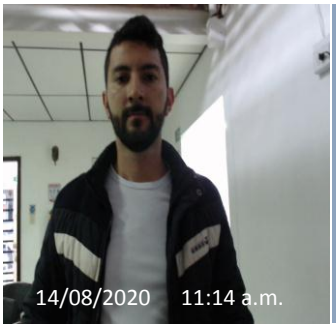
Codigo de Prestador No.
415510156901

Licencia 2401 de 2015
expedida por la Secretaria
Deptal del Huila

Certificado Medico
041935

Fecha/Hora EXAMEN
14-ago-20 11:14 a.m.

Clase de Certificado
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso



CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO

Documento **1083904595** (•) Masculino ( ) Femenino
Fecha Nacimiento ***24-sep-93*** Lugar ***SALADOBLANCO***
Dirección ***CALLE 24AS N 4-31***
Teléfono/Movil ***(321)923-85-67 PITALITO, HUILA***
Tipo Sangre - RH ***A +*** Estado Civil ***Unión Libre***
Escolaridad ***Especializado*** Servicio Militar ***NO***
Empresa ***SENA***
Cargo ***DOCENTE***

EPS: Nueva Promotora de Salud Nueva EPS | ARL: No Refiere | AFP: No Refiere

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A
SEROLOGIA				GLICEMIA	14/08/2020	X		TRIGLICERIDOS			
SEROLOGIA II				PERFIL LIPIDICO	14/08/2020	X		CREATININA			
CUADRO HEMATICO	14/08/2020	X		COPROLOGICO				AUDIOMETRIA			
EKG				FROTIS GARGANTA				OPTOMETRIA	14/08/2020	X	
KOH DE UÑAS				PARCIAL DE ORINA				ESPIROMETRIA			
OTROS				COLESTEROL TOTAL				PSICOMOTRIZ			

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO PRUEBA PSICOMOTRIZ NORMAL

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL PARA EVALUACIÓN MÉDICA PRE-OCUPACIONAL O DE INGRESO

Enfasis Osteomuscular X	Enfasis Cardiovascular	Enfasis Neurológico	Enfasis Respiratorio	Enfasis Dermatológico

Objetivo de la consulta	Con Restricc.	Sin Restricc.	Aplazado
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso		X	
Paciente con Condición Especial -			
Cambio de Ocupacion			
Reintegro - Programado			
Periódico			
Bomberos			
Trabajo en Frío			
Manipulación de Alimentos			
Practica Deportiva			
Trabajo Seguro en Alturas			
Espacios Confinados			

ENCUESTA COVID-19	SI	NO
Es usted trabajador de la salud?		X
Ha presentado algunos de los siguientes sintomas?		
Fiebre mayor de 38°C (36,2°C actualmente)		X
Tos seca		X
Dolor de garganta		X
Falta de animo		X
Dificultad para Respirar		X
Ha estado en contacto con personas a quienes se les ha notificado o estan en estudio por posible contagio con el COVID-19?		X
Ha estado fuera del pais en los ultimos 14 dias?		X
Si la respuesta es afirmativa cual pais visito?		

CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS

HIGIENE POSTURAL	☑	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐	NO FUMAR	☐	CONTROL PYP EPS	☐	SEGUIMIENTO CASO ARL	☐
USO EPP	☑	DIETA	☑	REDUCIR ALCOHOL	☐	REMISION A EPS	☐	CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐
USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐	EJERCICIOS REGULAR	☑	PAUSAS ACTIVAS	☑	REMISION ARL PARA MANEJO	☐	CONTROL PERIODICO	☑

RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL - PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION RESPIRATORIA (SIN TOS, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR DE GARGANTA, O DIFICULTAD RESPIRATORIA) - SEGUIR PROTOCOLOS PARA EVITAR INFECCION POR COVID19 – LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS – USO DE TAPABOCA OBLIGATORIO – EVITAR AREAS CON AGLOMERACIONES – MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al profesional, mencionado en este documento, a realizar los procedimientos pertinentes para el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en esta evaluación medica, teniendo de antemano claridad sobre el objetivo de este examen. La realización de las pruebas requeridas para este examen fueron realizadas de forma voluntaria y sin ninguna coacción por parte de terceros, teniendo la oportunidad de cancelar dicho proceso en cualquier momento. La empresa **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** me ha aclarado que dicha información va a ser de tipo confidencial. Certifico que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobres mi estado de salud y que toda la información que he expresado, para la elaboración de este documento, es cierta, además autorizo el envío de este informe a mi empleador.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** para tratar mis datos personales de acuerdo con su procedimiento de protección de datos expuesto en cartelera, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he

CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA
MEDICO LABORAL Licencia SST: 2141/15

Paciente: CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO
Cedula No: 1083904595

CALIDAD COLOMBIA SERVICES NIT: 900.633.796-5
Carrera 2 No. 4-50 B. Centro Pitalito-Huila Cel. 315 640 82 96 Tel. 836 31 70 - 836 9114
info@saludocupacionalpitalito.com - www.saludocupacionalpitalito.com

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 realizó el día 27/07/2020 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 CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1083904595 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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 22/07/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 65743171
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 65743171	MARTHA LILIANA RESTREPO DIAZ

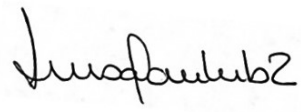
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1341	23/07/2020	C 1083904595	PEÑA SALGADO CARLOS	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5922B77C706F41231DBAAE4C6C82275A Certificado impreso el día 7/22/2020 10:01:40 PM por el portal de empresas Edesk

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CARLOS ALBERTO
PEÑA SALGADO
1083904595

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Martes, 18 de Agosto de 2020

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ALBERTO PEÑA SALGADO identificado(a) con CC 1083904595, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	45381818300	2012/04/09	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	**IBAGUE**	**25**	**25-44-101144286**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
23	**07**	**2020**	**23**	**07**	**2020**	**00:00**	**05**	**05**	**2021**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
PEÑA SALGADO, CARLOS ALBERTO	**CC: 1083.904.595**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 43A N. 9-29	IBAGUE, TOLIMA	3219238567

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL TOLIMA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
TV 1 A NRO. 42 - 244	IBAGUE, TOLIMA	2709600

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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.1713943 DE 2020, CUYO OBJETO ES: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES AREAS DEL PROGRAMA REGULAR: INGLES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS EN LA VIGENCIA 2020.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/07/2020	05/05/2021	$1,768,736.70

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******17,323.00	$ *******7,000.00	$ *******4,621.00	$ **********28,945.00	$ ********1,768,736.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	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 CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101144286

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA