SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - BIENESTAR

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**41749-591021**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MELQUISEDEC HERNANDEZ CASTILLO
Correo electrónico contratista: melquins@hotmail.com
C.C. 85.152.801 **IP/Nº de contacto** 54114

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** 45037133232

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: 1745335/2020 **Nº Compromiso SIIF** **127120**

Valor Total del Contrato	$ 12.911.537	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.911.537	**1**	**Del**	**04/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 2.802.504,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.109.033		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.802.504		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	**$ 2.802.504**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.862.178**		**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	----------	**9409133621- 940**	Valor Base retención en la fuente	1.862.178,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.121.002	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.482.904,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 140.200	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 179.400	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 5.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	17.380,00	0,700%
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	$ -		Pro-Hospital	56.050,00	2,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 620.726		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.729.074,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentacion y divulgacion de acompañamiento de Dibulgacion y aclaración de dudas a los voceros apoyo de sostenimiento
Orintacion y seguimiento a los aprendices beneficiarios de apoyo alimentario
Orientación y Concejeria, aprendices reportados y/o solicitado por los instructores
Desarrollo y aplicación Virtual de Habilidades Blandas del mes de AGOSTO del 2020 a las formaciones asignadas de CAAG, Talleres Psico
Desarrollo de talleresen plataforma virtual Meet con temáticas de habilidades blandas y llamadas para orientación emocional y psicolog
Apoyo a las actividades del sistema de Liderazgo
Informe actividades mensual y Formato de Inquietudes por inquetudes o ausentismo en la formación.
Sensibilización del Taller de conciencia Ciudadana
acompañamiento aprendiz Duelo por familiar aprendiz fallecido por imercion (producción agrícola snayder pertuz valdes aprendiz sena de

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.

MELQUISEDEC HERNANDEZ CASTILLO
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,

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85152801		HERNANDEZ CASTILLO MELQUISEDEC	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 9-46 GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	00549006	9409133621	I	2020/09/02	2020/08/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$250,300

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)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	85152801	HERNANDEZ MELQUISEDEC	230501	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85152801		HERNANDEZ CASTILLO MELQUISEDEC	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 9-46 GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4225611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	00549006	94091336621	I	2020/09/02	2020/08/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$250,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$250,300	$0	$0	$250,300

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85152801		HERNANDEZ CASTILLO MELQUISEDEC	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 9-46 GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	9409483461	9409483461	N	2020/09/02	2020/08/18	BANCO BOGOTA	0	$86,400

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)					$282,197	$45,100			$282,197	$35,200			$0	$0			$1,160,000	$6,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$282,197	$45,100			$282,197	$35,200			$0	$0			$1,160,000	$6,900		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$282,197	$45,100			$282,197	$35,200			$0	$0			$1,160,000	$6,900		$0	$0
1	CC 85152801	HERNANDEZ MELQUISEDEC	230201	30	($877,803)	($140,500)	EPS005	30	($877,803)	($109,800)		0	$0	$0	14-23	0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC 85152801	HERNANDEZ MELQUISEDEC	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$282,197	$45,100			$282,197	$35,200			$0	$0			$1,160,000	$6,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85152801		HERNANDEZ CASTILLO MELQUISEDEC	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 9-46 GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	9409483461	9409483461	N	2020/09/02	2020/08/18	BANCO BOGOTA	0	$86,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,100	$0	$0	$45,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$45,100	$0	$0	$45,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,200	$0	$0	$35,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$35,200	$0	$0	$35,200
TOTAL				1	$86,400	$0	$0	$86,400

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) MELQUISEDEC HERNANDEZ CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85152801 realizó el día 17/08/2020 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

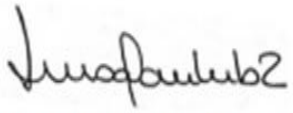
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor MELQUISEDEC HERNANDEZ CASTILLO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 85.152.801, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 05/08/2020 y fecha fin de contrato 11/12/2020 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): 202001018138211.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Agosto de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001930 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **22/01/2020 08:49:00** Cargo **PSICOLOGO**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MELQUISEDEC HERNANDEZ CASTILLO**

Doc. Identidad **CC 85152801** Edad **34 Años** Género **Masculino**

Dirección Teléfono **3013446263**

Escolaridad **Especialización**

Eps **EPS SANITAS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, SEROLOGIA VDRL, GLICEMIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X) NO ( )	ARL	SI ( ) NO ( )	EPS	SI (X) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y al resultado del informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM. 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2288/2019 SDSM

Trabajador: MELQUISEDEC HERNANDEZ
CC: 85152801
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA Teléfono: 4349531- 4200149 - 3126700249
Email: PREVENIR1ASANTAMARTA@HOTMAIL.COM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

MUISCA

001

2. Consejo: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14415182532

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 5 1 5 2 8 0 1 — 4

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 1 5

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 8 5 1 5 2 8 0 1

27. Fecha expedición: 2 0 0 3 0 4 1 5

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Magdalena — 4 7

30. Ciudad/Municipio: Santa María — 0 0 1

31. Primer apellido: HERNANDEZ

32. Segundo apellido: CASTILLO

33. Primer nombre: MELQUISEDEC

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Magdalena — 4 7

40. Ciudad/Municipio: Santa María — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 18 9 46 BRR GAIRA

42. Correo electrónico: melquina@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 4 2 2 0 6 1 1

45. Teléfono 2: 3 0 1 3 4 4 6 2 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 1 1 0 4

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1 2

Ocupación

51. Código: 2 4 4 5

52. Número establecimientos:

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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 1 5

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

Artículo 18 Decreto 1497 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

59A. Nombre: HERNANDEZ CASTILLO MELQUISEDEC

59B. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15/05/2017 03:03:53PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:	Cód. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	65	65-99-101008716	0

Fecha Expedición: Día	Mes	Año	Vigencia Desde: Día	Mes	Año	Hora	Vigencia Hasta: Día	Mes	Año	Hora	Tipo Movimiento:
04	08	2020	04	08	2020	00:00	11	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: HERNANDEZ CASTILLO MAURICIO ERIC	Identificación: 85152821
Dirección: CL 27 # 55 GAIRA	Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono: 3013668343

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Identificación: 8999990192-1
Dirección: AV FERROCARRIL 27-95	Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono: 4210400

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECUSOSE, 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 1761535 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ESTRATEGIAS DE GENERACIÓN DE ESCENARIOS DE RECONOCIMIENTO EN REFERENCIA A LOS EJES DE LIDERAZGO, PROYECCIÓN SOCIAL, FORMACIÓN Y DE TALENTOS DELOS APRENDICES DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA DEL SENA REGIONAL MAGDALENA

AMPAROS

RAMO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPARO	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/08/2020	11/04/2021	$ 1,280,310.70

CLÁUSULAS ADICIONALES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,280.00	$ 32,280.00	$ 1,280,310.70	04/08/2020

COASEGURADORA			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clase:	% de PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
SOCIEDAD SEGUROS LTDA	LIDER	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 CLAUSULADO

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es: CALLE 28 NO. 11-73 1103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfonos: 420

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza ingresando a nuestra página www.segurosdelestado.com

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. 46-46-101002714, 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 SANTA MARTA, a los 4 días del mes de Agosto de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Lavalle - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 890.309.279-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 3343010300271.00

FECHA	
04/08/2020	

RECIBIMOS DE: HERNANDEZ CASTILLO MELQUIADES C.C. 80115301

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 80-68-101002711

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
SUCURSAL SANTA MARTA - CU: ESTATAL - 80100271 - 0 - 0	$ 30,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 32,130.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
ND:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: SEGN SEGUROS LTDA - 15990

CAJERO: RAPIDITO20

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 890.309.279-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 3343010300271.00

FECHA	
04/08/2020	

RECIBIMOS DE: HERNANDEZ CASTILLO MELQUIADES C.C. 80115301

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 80-68-101002711

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
SUCURSAL SANTA MARTA - CU: ESTATAL - 80100271 - 0 - 0	$ 30,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 32,130.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
ND:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 32,130.00

INTERMEDIARIO: SEGN SEGUROS LTDA - 15990

CAJERO: RAPIDITO20

COPIA