SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**45437-642263**
No. de documento	**11172**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HILDA VIRGINIA MESA ARIAS	**C.C.**	52.880.431	**IP/Nº de contacto**	3188585500
Correo electrónico contratista:	hvmesa1@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24059908892	
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 2021 supera los $ 119´806.000**				NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2223923/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**24321**	
Valor Total del Contrato	$ 39.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.000.000	**1**	**Del**	**04/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.510.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.490.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.510.000	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	**$ 3.510.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.332.350**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8348080993**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.404.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 175.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 224.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 777.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.332.350,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.109.800,00	
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	30.041,00	0,966%
-	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	**$ 3.479.959,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

HILDA VIRGINIA MESA ARIAS
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 MARTINEZ CASTRO
INSTRUCTOR

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Certificación de afiliación como independiente a Salud

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) HILDA VIRGINIA MESA ARIAS identificado con CC No. 52880431 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 52880431, con vigencia desde 3/1/2018 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	79966492	DAVID MESA ARIAS	43	0	01/03/2018	No vigente	31/07/2018	No
2	52880431	HILDA VIRGINIA MESA ARIAS	40	141	01/03/2018	Vigente		Si
3	79966492	DAVID MESA ARIAS	43	0	19/09/2018	Vigente		No

Se expide en Bogotá a los 23 días del mes de Enero del 2021

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones
Ven por tu futura ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **HILDA VIRGINIA MESA ARIAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52880431,** se encuentra afiliado (a) desde **01/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de enero 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.

Señor(es): HILDA VIRGINIA MESA ARIAS
Nit: CC 52880431
Dirección: CLL 57 NO 8-55 APT 101
Teléfono: 3145302 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	HILDA VIRGINIA MESA ARIA
Tipo y número de identificación	52880431
Número de radicación planilla	8348080993
Fecha de pago	1/22/2021
Número de autorización de pago	53475243
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2020
Periodo cotización pensión	Diciembre 2020
Periodo cotización caja	Diciembre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$314.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$4.700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$144.000	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	$165.500	2

PAGADO 53475243

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52880431	MESA ARIAS HILDA VIRGINIA	EPS001	25-14																				900.000	900.000	0	900.000	0			144.000	0	0	112.500	0
2	CC	79966492	MESA ARIAS DAVID	EPS001																					0	0	0	0	0			0	0	0	0	53.000

PAGADO
53475

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14512705851

(415)7707212489984(8020) 000001451270585 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 8 0 4 3 1	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	5 2 8 8 0 4 3 1	2 0 0 1 0 3 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MESA	ARIAS	HILDA	VIRGINIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 7 48 30 AP 403

42. Correo electrónico: madame901@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 8 2 3 6 0	3 1 8 8 5 8 5 5 0 0

CLASIFICACIÓN

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
8 5 4 1	2 0 1 5 0 1 2 6	8 5 4 2	2 0 1 5 0 1 2 6				

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 2019 - 05 - 20

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha Impresión: 13/01/2020, BOGOTA BOGOTÁ Fecha documento: 13/01/2020

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE PACIENTE:

Nombre y Apellidos Paciente:	HILDA VIRGINIA MESA ARIAS		
Tipo y Nro. de Identificación:	CC 52880431	Género:	Femenino
Edad:	39 Años	Fecha de Nacimiento:	13/10/1980
Empresa:			
Actividad económica:			
Cargo u oficio:	INSTRUCTORA	Tipo de Cargo:	Otros
Fecha de Ingreso:	//		

INGRESO AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR	INCLUIR

RESTRICCIONES: No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo HILDA VIRGINIA MESA ARIAS Identificado con CC 52880431 Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el exámen médico ocupacional y los exámenes complementarios a que haya lugar y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el (los) profesional(es).
Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma. Así mismo dejo constancia que conozco los resultados de esta(s) evaluación(s) médica.
Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para las gestiones y cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Firma Profesional

YANET C. CARVAJAL T.
Médico Esp. Salud Ocupacional
RM 114179/02
Lic S.O.6321/13

Nombre: CARVAJAL TAPIERO YANET CONSTANZA
Registro L.S.O.

Firma aspirante o trabajador

Hilda virginia Mesa Arias

Nombre: HILDA VIRGINIA MESA ARIAS
C.C. 52880431

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha Impresión: 13/01/2020, BOGOTA BOGOTÁ Fecha documento: 13/01/2020

TIPO DE EXAMEN: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE PACIENTE:

Nombre y Apellidos Paciente:	HILDA VIRGINIA MESA ARIAS		
Tipo y Nro. de Identificación:	CC 52880431	Género:	Femenino
Edad:	39 Años	Fecha de Nacimiento:	13/10/1980
Empresa:			
Actividad económica:			
Cargo u oficio:	INSTRUCTORA	Tipo de Cargo:	Otros
Fecha de Ingreso:	//		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorios: No

Valoraciones Complementarias:

CALIFICACIÓN CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR:

ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLE	RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS / EJERCICIO 3V/SEMANA
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA	AUTOCUIDADO DE POSTURA / ALTERNAR POSTURAS / APOYAR ESPALDA EN ESPALDAR DE LA SILLA
CONTROL POR NUTRICIÓN EPS	VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR NUTRICION EPS: REDUCCION DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA JORNADA LABORAL	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y RELAJACION EN JORNADA LABORAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS CON ENFASIS EN COLUMNA
REQUIERE CONTROL DE ENFERMEDAD DE BASE POR EPS	VALORACION PERIODICA MEDICO TRATANTE EPS
CONTROL PERIÓDICO CON OPTOMETRÍA	ANUAL
USO DE CORRECCIÓN VISUAL O CORRECCIÓN ÓPTICA	CONTINUAR USO. DE CORRECCION OPTICA USO PROLONGADO Y PROTECCION AL MEDIO AMBIENTE
USO DE MEDIAS DE SOPORTE ELÁSTICO	USO DE BAJA COMPRESION

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA:

MEDIDAS ERGONÓMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO	FOMENTAR
PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	IMPLEMENTAR
INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VISUAL	INCLUIR

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA VIRGINIA MESA ARIAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52880431 realizó el día 16/02/2021 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 HILDA VIRGINIA MESA ARIAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52880431 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 -

Documento de la entidad financiera

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

HILDA VIRGINIA MESA ARIAS *Identificado con* *CC52880431*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0039 AVENIDA CHILE, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24059908892*
Fecha de Apertura	:	*09 de febrero de 2016*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*EMBARGO*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0135 CENTRO ANDINO de la ciudad de BOGOTA, el día lunes, 25 de enero de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
J9M0P3A5 - JHON QUINES MARTINEZ PIÑEROS

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

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
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101238056**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	**02**	**2021**	**04**	**02**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MESA ARIAS, HILDA VIRGINIA		**CC: 52.880.431**
DIRECCIÓN: CR 9 NRO. 48 - 85 APTO 602	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 3188585500	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: AV CARACAS NRO. 13 - 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	3346369

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:

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS AREAS DE GESTION DEL TALENTO HUMANO, SISTENCIA Y GESTION ADMINISTRATIVA Y GESTION DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACION, DEL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, ASI COMO LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION O DE AUDITORIA EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD, PARA ORIENTAR, PARTICIPAR, FORMULAR, EJECUTAR, SEGUIR, CONTROLAR, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DESARROLLANDO COMPETENCIAS DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PARA DAR RESPUESTA A LA POLITICA INSTITUCIONAL ENTRE OTROS EL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y DEMANDA DE LA POBLACION; EN LAS JORNADAS DIURNA, NOCTURNA, MADRUGADA Y FINES DE SEMANA, SEGUN CONTRATO No CO1.PCCNTR.2223923

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/02/2021	30/04/2022	$3,900,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,900,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
CBE SEGUROS LTDA	184520	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

Hilda Virginia Mesa Arias

FIRMA TOMADOR

15-44-101238056

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101238056**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
04	**02**	**2021**	**04**	**02**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MESA ARIAS, HILDA VIRGINIA		**CC: 52.880.431**
DIRECCIÓN: CR 9 NRO. 48 - 85 APTO 602	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 3188585500	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCION: AV CARACAS NRO. 13 - 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3346369

ADICIONAL:



VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,900,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
CBE SEGUROS LTDA	184520	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11002610372399 (3900) 000000033320 (96) 20220204

REFERENCIA PAGO:

1100261037239-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027307 23

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027307232

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
04/02/2021 08:30p.m.

RECIBIMOS DE: Hilda Mesa — CC. 52.880.431

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027307232

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NORTE-44-101238056-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0002730723

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/4/2021 8:30:20PM

172.16.10.23

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027307 23

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027307232

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
04/02/2021 08:30p.m.

RECIBIMOS DE: Hilda Mesa — CC. 52.880.431

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027307232

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NORTE-44-101238056-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0002730723

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/4/2021 8:30:20PM

172.16.10.23