

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL VALLE</p>		<p>Código Regional</p>	<p>76</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>922910</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Febrero de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2021 - 1,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>34104-643560</p>
<p align="center">CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACIÓN</p>		<p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	<p>No. de documento</p>	<p>10406</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>ANIBAL SILVA CORTES</p>	<p>C.C.</p>	<p>14.995.914</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>asilvac@sena.edu.co</p>	<p>IP/N° de contacto</p>	
<p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>	<p>☐ SI ☒ Es Pensionado?</p>	<p>☐ SI ☒</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO ☒</p>		<p>Inducción SST ☐ SI ☒</p>	<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒</p>	
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCOLOMBIA</p>	<p>Tipo de cta</p>	<p>AHORROS</p>
			<p>N° Cuenta</p>	<p>6105987704</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒</p>	<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>	
			<p>☐ NO ☒</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>	<p>2226705/2021</p>	<p>N° Compromiso SIIF</p>	<p>16021</p>	
<p>Valor Total del Contrato</p>	<p>\$ 30.000.000</p>	<p>N° Pago</p>	<p>1</p>	
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>	<p>\$ 30.000.000</p>	<p>Periodo objeto de pago</p>	<p>Del</p>	<p>Al</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>	<p>\$ 27.000.000</p>	<p>Comisiones</p>	<p>\$ 0,00</p>	<p>Valor Bruto Pago</p>
				<p>\$ 3.000.000,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>				
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>		<p>INSTRUCTOR: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR PERIODO FIJO 2021, MTO ELÉCTRICO Y CONTROL ELECTRÓNICO DE AUTOMOTOR</p>		
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>	<p>\$ 3.000.000</p>	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	<p>0,00%</p>	
<p>Ingresos por comisiones</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>	<p>\$ 3.000.000</p>	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>	<p>\$ 2.137.500</p>			
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS</p>	<p>Febrero</p>	<p>Enero</p>	<p>Valor Base retención en la fuente</p>	<p>2.137.500,00</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>	<p>\$ 1.200.000</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>	<p>2.850.000,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>	<p>\$ 150.000</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Valor base IVA</p>	<p>0,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>	<p>0,00</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos Retención en la Fuente</p>	<p>0,00</p>
<p>ARL III</p>	<p>\$ 29.300</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos Retención IVA</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Reteica - 8299</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Pro-UCEVA</p>	<p>15.000,00</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Universidad del Pacífico</p>	<p>0,00</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Descuentos de Libranza</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>	<p>0,00</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>VALOR A PAGAR</p>	<p>\$ 2.985.000,00</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>		
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>	<p>\$ 712.500</p>	<p>-</p>		
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>	<p>\$ -</p>	<p>-</p>		
<p align="center">SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>1. Impartir formación a aprendices en el programa de formación presencial y con el apoyo de las plataformas dispuestas por la entidad según el procedimiento de ejecución de la formación. 2. Realizar el seguimiento de cada aprendiz mediante la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje y reportar avance. 3. Planear y ejecutar actividades para el fortalecimiento de las competencias de manera presencial. 4. Asistir a todas las reuniones que sean programadas para fijar y monitorear los lineamientos, cobertura y productos indicados. 5. Entregar en las fechas que el SENA estipule los productos de la planificación, desarrollo y evaluación de las acciones de formación: Guías de Aprendizaje, instrumentos de evaluación y formatos y/o registros de seguimiento para la ejecución de acciones de Formación Profesional Integral, entre otros formatos que hacen parte del desparte del desarrollo y ejecución de la formación. 6. Participar y asistir a las sesiones programadas en los grupos de trabajo cuando el equipo de desarrollo usar las herramientas disponibles en el ambiente virtual de aprendizaje para fortalecer la formación y lograr el cumplimiento de lo</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>			<p>ANIBAL SILVA CORTES EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>			<p><u>Autorizo el presente pago.</u> El Supervisor,</p>	
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>			<p>WALTER RENTERIA PALACIOS COORDINADOR ACADÉMICO</p>	
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">ALEX AMED VALENCIA ROJAS SUBDIRECTOR CDTI</p>				

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
CC	14995914	ANIBAL SILVA CORTES		CALLE 65B # 2D-63	4307360	silvorani@hotmail.com							EMPLEADOS	UPC	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			NO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
UNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI									TOTAL A PAGAR	
								2021-01	2021-01	I	01/02/2021	48086997		\$176.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	147.600	0		0	0	0	0	0	147.600

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
											No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Valor Saldo a Favor
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	28.800				28.800	0	0	28.800	288

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBP				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	147.600	147.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.800	28.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	176.400	176.400

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	*49959*4	ANIBAL SILVA CORTES	CALLE 65B # 2D-63	4307380	silcoran@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UIC
2021-01	2021-01	1	01/02/2021	48086997	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$176.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES													
No	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Convenio	Seguro	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Excepción	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidarios	Fondo pensional de subsidistas	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización / Valor de Pregrado	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aportes CCF	IBC otros parafiscales	Aportes SCNA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes MEN
1	CC	14995914	SILVA CORTES ANIBAL	29	2	7												C	C	0	0	0	0	0	EPS-02	1'196.627	1'47.520	14.22	1'196.627	3	28.860		0	0	0	0	0	0	0

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



EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14995914
NOMBRES Y APELLIDOS	Silva Cortes, Anibal
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Silva Cortes, Anibal , a los 15 días del mes de enero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Correo Automatizado

001

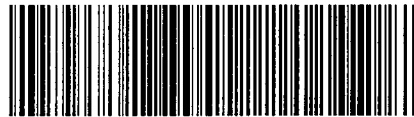
2. Concepto ☐ 1 ☒ 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14630899925



(415)7707212489984(8020) 000001463089992 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 4 9 9 5 9 1 4

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación:

1

4

9

9

5

9

1

4

27. Fecha expedición:

1

9

7

4

1

1

2

9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1

6

9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7

6

30. Ciudad/Municipio:

Cali

0

0

1

31. Primer apellido

SILVA

32. Segundo apellido

CORTES

33. Primer nombre

ANIBAL

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7

6

40. Ciudad/Municipio:

Cali

0

0

1

41. Dirección principal

CR 92 25 81 TO 2 UR TORRES DE VALGARDA BRR VALLE DEL LILI

42. Correo electrónico:

silcorani@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 9 2 6

Actividad secundaria

48. Código:

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 9 2 6

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

54. Código:

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 1 9

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:

X PRE-INGRESO PERIODICO Ciudad: CALI Fecha: 22/01/2019

Nombres y Apellidos: **ANIBAL SILVA CORTES** CC: **14.995.914**

Género: Femenino ☐ Masculino ☒ Edad 65 años

Empresa: SENA Cargo al que aspira: INSTRUCTOR ADMINISTRATIVO

Cargo que desarrolla: N/A

Desarrolla(rá) trabajos de Alto Riesgo: ☒ NO ☐ SI Cual? ☐ Alturas ☐ Esp. Confinados ☐ Energías Peligrosas ☐ Temperaturas ☐ Otros:

RESULTADO EXAMENES PRACTICADOS:

✦ Énfasis realizados:	N/A	Normal <u>X</u>	Anormal
✦ Exámenes Paraclínicos:	N/A	Normal <u>X</u>	Anormal
✦ Exámenes Complementarios:	N/A	Normal <u>X</u>	Anormal

RESULTADO DE LA VALORACION MÉDICA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ | ADECUADO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE |
| ☒ | ADECUADO PARA EL CARGO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR |
| ☐ | ADECUADO PARA EL CARGO: CON RESTRICCIONES |
| ☐ | APLAZADO |
| ☐ | NO ADECUADO PARA EL CARGO ACTUALMENTE |

RESTRICCIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- ☒ Ninguna

☐ Visual: _____

☐ Auditiva: _____

☐ Respiratoria: _____

☐ Osteomuscular: _____

☐ Otros: _____

RECOMENDACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ninguna | | |
| Médicas:
☐ Remisión a EPS
☒ Continuar manejo médico
☐ Control periódico por : _____
☐ Otros: _____ | Estilos de vida saludable:
☒ Realizar actividad física
☒ Dieta para Control de Peso
☐ Prevención consumo Alcohol y/o Tabaquismo
☐ Otros: _____ | Ocupacionales:
☐ Ingreso a SVE: _____
☐ Uso continuo de EPP's durante exposición
☐ Postura ergonómica
☒ Pausas activas
☐ Otros: _____ |

OBSERVACIONES GENERALES: _____

~~Dr. Javier Gutiérrez Galazay~~

~~MEDICO LABORATORIO~~
~~Especialista en Salud Ocupacional, Lic. 000004-10~~
~~REAL MEDICAL, S. de C.V.~~

FIRMA USUARIO
CC



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



Hace constar:

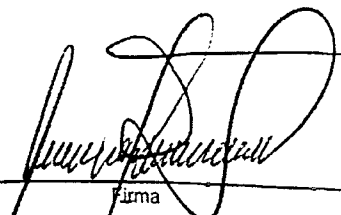
Que el Sr(a) ANIBAL SILVA CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14995914 realizó el día 15/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANIBAL SILVA CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14995914 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 -



POSITIVA
COMPañÍA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 05/02/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento: NI **Número de documento:** 899999034 **Cédula Usuario:** C 31919290
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Dirección: CRA 13 NO 65-10 SEDE 2
Departamento: BOGOTA D.C. **Municipio:** BOGOTA D.C.
Correo electrónico: accidentalidadsst@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
C 31919290

Nombres y Apellidos del Usuario
MYRIAM MORALES MUÑOZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 106	06/02/2021	C 14995914	SILVA CORTES ANIBAL	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase 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.

851788C06DC9B13187C0BE4E5297C378

Certificado impreso el día 2/5/2021 8:50:22 PM por el portal de empresas Edesk



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

www.positiva.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá

Línea Nacional

Desde el celular

Aplicar solo para operaciones Clave, Multicall y Rtp.

Para solicitar asistencia internacional
desde USA / Puerto Rico / Canadá.

Llamada por cobrar desde
cualquier otro país.

ANIBAL
SILVA CORTES
14995914

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

CONTACTO TELEFÓNICO PARA EMERGENCIAS

MINISTERIO DE HACIENDA

MINISTERIO DE TRABAJO
TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Este número es personal e intransferible.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES



www.positivo.gov.co

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá

Línea Nacional

Desde el celular

Aplicar solo para personas Cero, Medio y Alto

Para solicitar asistencia internacional
desde USA / Puerto Rico / Canadá.

Llamada por cobrar desde
cualquier otro país.

GOBIERNO DEBE SER PARA TODOS

MINISTERIO DE HACIENDA

TODO POR UN
NUEVO PAÍS

ANIBAL
SILVA CORTES
14995914

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DÍA 05/02/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento: NI **Número de documento:** 899999034 **Cédula Usuario:** C 31919290
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Dirección: CRA 13 NO 65-10 SEDE 2
Departamento: BOGOTA D.C. **Municipio:** BOGOTA D.C.
Correo electrónico: accidentalidadsst@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
C 31919290

Nombres y Apellidos del Usuario
MYRIAM MORALES MUÑOZ

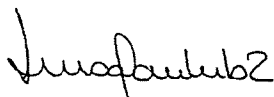
DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 106	06/02/2021	C 14995914	SILVA CORTES ANIBAL	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase 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.

851788C06DC9B13187C0BE4E5297C378

Certificado impreso el día 2/5/2021 8:50:22 PM por el portal de empresas Edesk

Certificado Bancario

Viernes, 15 de Enero de 2021

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANIBAL SILVA CORTES identificado(a) con CC 14995914, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06105987704	2001/01/16	ACTIVA
CUENTA DE AHORROS	26527622629	2014/07/12	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.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4208131096

PÓLIZA No: 420-47-994000037458 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE	COD. AGENCIA: 420 RAMO: 47												
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION												
<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>02</td> <td>2021</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	08	02	2021	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>02</td> <td>2021</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	08	02	2021
DIA	MES	AÑO											
08	02	2021											
DIA	MES	AÑO											
08	02	2021											
FECHA DE EXPEDICIÓN													

DATOS DEL AFIANZADO	
NOMBRE: ANIBAL SILVA CORTES	IDENTIFICACIÓN: CC 14.995.914
DIRECCIÓN: KR 92 25 81 DE TO 6 APTO 602	Ciudad: CALI, VALLE
TELÉFONO: 4307380	

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1
BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS		
GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		
DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	05/02/2021	05/04/2022
SUMA ASEGURADA	3,000,000.00	
BENEFICIARIOS NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:		
OBJETO DE LA GARANTIA		
EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.2226705, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA OFERTA REGULAR PERIODO FIJO 2021, MTTO ELÉCTRICO Y CONTROL ELECTRÓNICO DE AUTOMOTORES EN EL CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL.		
** CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA**		
POR DISPOSICIÓN DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.		

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****3,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****20,000	GASTOS EXPEDICION: \$ *****9,000.00	IVA: \$ *****5,510	TOTAL A PAGAR: \$ *****34,510
NOMBRE INTERMEDIARIO JBSEGUROS LTDA	CLAVE 8397	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART VALOR ASEGURADO

<p>Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.</p>	
 FIRMA ASEGURADOR	 FIRMA TOMADOR

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ANIBAL SILVA CORTES** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **14995914** y número de Afiliación **914995914100**, esta Administradora mediante resolución No. **232312** de **2014** le concedió pensión de **P DE VEJEZ-758 REG TRAN-HOMBRE** registrando fecha de ingreso a nómina **Julio** de **2014**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 16 de febrero de 2021.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA DE TRABAJO
VIGILADO