

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	56366-463684
			No. de documento	17701

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO	C.C.	1.024.590.717
Correo electrónico contratista:	lghernandez@sena.edu.co	IP/N° de contacto	16030
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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	488409810089
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			
N° del contrato:	2197621/2021	N° Compromiso SIIF	2121
Valor Total del Contrato	\$ 16.722.252	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.722.252	Periodo objeto de pago	Del 30/01/2021 Al 31/01/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 16.671.732	Comisiones	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:		PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA ATENDER LAS ACTIVIDADES CONCERNIENTES A LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACIÓN	
(Descripción del servicio prestado)			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 50.520	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 50.520	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 0	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Enero	Diciembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL	\$ 4.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00 15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00 0,966%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
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 \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ -19.559		VALOR A PAGAR \$ 50.520,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: CINCUENTA MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Informar sobre ambientes, horarios, equipos y mobiliario.</p> <p>Facilitar el servicio al cliente interno y externo.</p> <p>Apoyar los Comités de Evaluación y Seguimiento.</p> <p>Proyectar documentos en respuesta a las solicitudes de los aprendices.</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>LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</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>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>DORA NELLY HERRERA HERNANDEZ INSTRUCTOR G20</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>
--

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	854201572	9414915627	I	2021/01/07	2021/01/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$250,30

PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	854201572	9414915627	I	2021/01/07	2021/01/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$250,30

PLANILLA PAGADAT



NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS
(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,
USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO identificada con CC-1024590717 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Enero 22 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1024590717

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ RONCANCIO LAURA GISELA** identificado(a) con **CC** número **1.024.590.717** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 28 de enero de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de febrero de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202102171219

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 29/01/2021**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	C 52932510
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	Nombres y Apellidos del Usuario
C 52932510	GIOVANNA MILENA ANDRADE MARIN

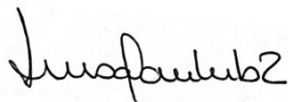
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	173	30/01/2021	C 1233692778	CIFUENTES BERMUDEZ MARIA	1	0.522	Independiente
2	172	30/01/2021	C 1024590717	HERNANDEZ RONCANCIO LAURA	1	0.522	Independiente
3	171	30/01/2021	C 1072429567	ARANDA GUARIN KELLY	1	0.522	Independiente
4	170	30/01/2021	C 1015449779	LOAIZA AVILA SERGIO	1	0.522	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.

8754FBE67454048FD68DBCF59D906EB3

Certificado impreso el día 1/29/2021 7:51:24 PM por el portal de cargue masivos

2. Concepto ☐ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14722100741



(415)7707212489984(8020) 000001472210074 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 4 5 9 0 7 1 7

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 2 4 5 9 0 7 1 7

27. Fecha expedición

2 0 1 6 0 6 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

RONCANCIO

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

GISELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 70 C # 17 A 10

42. Correo electrónico

lghernandez717@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 6 6 3 3 0 6

45. Teléfono 2

3 1 1 8 7 1 8 8 3 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 1 1 1 1

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 1 1 1 1

Otras actividades

1

2

8 5 6 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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:

1

61. Fecha

2020 - 11 - 11 / 11 : 12: 10

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:

Laura Roncancio Hernandez R.

984. Nombre HERNANDEZ RONCANCIO LAURA GISELA

985. Cargo Contribuyente

TELÉFONO

CENDIATRA CENTRO

DIRECCIÓN

Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes

FECHA DE EXAMEN

2826429 - 3424934

EMAIL

citac.centro@cendiatra.com

2020-11-20

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO

Identificación CC Nro 1024590717

Fecha de Nacimiento 1998-05-25

Edad 22 Sexo F

Empresa CLIENTE OCASIONAL

Cargo CONTRATISTA

Fecha Ingreso 2020-11-20 09:29:53

Fecha Salida 2020-11-20 09:32:42

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:

NO PRESENTA

CONTROLES

título

CONDICION VISUAL

SI

Observaciones:

CONTROL PERIÓDICO ANUAL

NO PRESENTA

OTROS

Fernando Ivan Fernandez Corredor
Firma y sello del médico

Laura Gisela Hernandez Roncancio
Firma del trabajador

FERNANDO IVAN FERNANDEZ CORREDOR

RM: 7223025

Firma y sello del médico

LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO

CC 1024590717

Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Hace constar:

Que el Sr(a) LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024590717 realizó el día 19/02/2021 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 LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024590717 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 -



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SENA**

24/01/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA GISELA HERNANDEZ RONCANCIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1024590717**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488409810089
Fecha de apertura	03/10/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.			SUCURSAL NORTE			COD.SUC 15	NO.PÓLIZA 15-46-101019262	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
30 01 2021	30 01 2021		00:00	30 04 2022		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL HERNANDEZ RONCANCIO, LAURA GISELA	IDENTIFICACIÓN CC: 1024.590.717
DIRECCIÓN: CALLE 70C SUR NO. 17 A 10.	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3205782048

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: AV CARACAS NRO. 13 - 88	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO 5461500

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 001.PCCNTR.2197621 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA ATENDER LAS ACTIVIDADES CONCERNIENTES A LA COORDINACION ACADEMICA DE GESTION DOCUMENTAL Y DE LA INFORMACION

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/01/2021	30/04/2022	\$ 1,672,225.20

ACLARACIONES

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	\$ *****1,672,225.20	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 POLIZA, 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.

15-46-101019262

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL NORTE						COD.SUC 15		NO.PÓLIZA 15-46-101019262		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO			
30 01 2021			30 01 2021			00:00	30 04 2022			23:59	EMISION ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL HERNANDEZ RONCANCIO, LAURA GISELA								IDENTIFICACIÓN CC: 1024.590.717			
DIRECCIÓN: CALLE 70C SUR NO. 17 A 10.						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 3205782048		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA								IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1			
DIRECCIÓN: AV CARACAS NRO. 13 - 88						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO 5461500		

ADICIONAL:



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Grupo Bancolombia



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00		GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00		IVA \$ *****5,320.00		TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****1,672,225.20	
INTERMEDIARIO						DISTRIBUCION COASEGURO			
NOMBRE		CLAVE		% DE PART.		NOMBRE COMPAÑIA		% PART. VALOR ASEGURADO	
CBE SEGUROS LTDA		184520		100.00					

PLAN DE PAGO CONTADO

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

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	

DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELEFONO: 2121808 - BOGOTA, D.C.

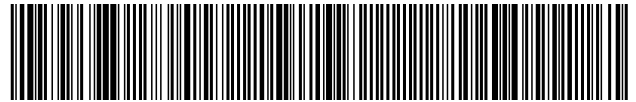


(415) 770998021167 (8020) 11002610346549 (3900) 000000033320 (96) 20220130

REFERENCIA
PAGO:

1100261034654-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



7709998021167002577371

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000025773718

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
01/12/2020 05:59p.m.				
RECIBIMOS DE:	Laura Gisela Hernandez Roncancio		CC. 1.024.590.717	
LA SUMA DE:	Treinta y dos mil ciento treinta pesos . *****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000025773718			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
NORTE-46-101018091-0-1	\$27,000.00		\$5,130.00	\$32,130.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 32,130.00			EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 32,130.00 OTROS: \$32,130.00	
TRANSACCION: 0002577371			TOTAL: \$32,130.00	
CAJERO: PAGUESTADO				