

 <p>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 GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		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	70471-882434
			No. de documento	11920

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO	C.C.	51.901.759
Correo electrónico contratista:	najiasu@misena.edu.co	IP/N° de contacto	5256452
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 COLPATRIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	8152148020
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:	2210514/2021	N° Compromiso SIIF	9421
Valor Total del Contrato	\$ 41.080.000	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 41.080.000	Periodo objeto de pago	Del 02/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 37.310.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	\$ 3.770.000	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	\$ 3.770.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.222.400	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	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.508.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 2.222.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 188.500	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 3.340.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 241.300	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 7.900	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 32.266,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 377.000		0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 740.800		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.737.734,00

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar formación profesional integral según la programación de las fichas. Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias de los programas 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.	NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ INSTRUCTOR G11

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



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO identificado(a) con cedula ciudadania 51.901.759, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20120302	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JOEL AGUDELO SALAME	HI	1025521910	TI	20120302	0	Activo
JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	HI	1018503421	CC	20120302	0	Activo
MARIO RENE AGUDELO ABELLA	CY	79427360	CC	20120302	0	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
15142719

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51901759**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de enero de 2021.



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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.901.759, tiene un registro como INDEPENDIENTE 1563 desde el 01/01/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2050 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): 202101012383874.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

		Formulario del Registro Único Tributario		<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 10px; font-size: 24px; font-weight: bold;">001</div>	
2. Concepto 02 Actualización			4. Número de formulario 14678946824		
			 <small>(415)7707212489984(8020) 0000014678946824</small>		
5. Número de identificación Tributaria (NIT) <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;">5 1 9 0 1 7 5 9</div>		6. DV <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;">3</div>	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;">3 2</div>
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;">5 1 9 0 1 7 5 9</div>	
27. Fecha expedición <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;">1 9 8 6 0 9 0 5</div>					
28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido SALAME		32. Segundo apellido CLAVIJO		33. Primer nombre NAJIA	
34. Otros nombres SUSANA					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CL 83 BIS 23 51 AP 305					
42. Correo electrónico najiasu@yahoo.com					
43. Código postal 0		44. Teléfono 1 5 2 5 6 4 5 2		45. Teléfono 2 3 1 2 3 7 3 2 4 0 0	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal 46. Código 8 5 4 1		Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 5 0 9		Otras actividades 48. Código 8 5 4 2	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 5 0 9		50. Código 7 4 9 0		51. Código 	
52. Número establecimientos 					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 2 2 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros					
54. Código 					
Exportadores					
55. Forma 					
56. Tipo 					
Servicio 					
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 2021-01-29 / 22:15:19	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016			Firma autorizada:		
Firma del solicitante:			984. Nombre SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		



SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Teléfono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017



Información General

No. Ingreso	535877	Fecha Impresión	2021-01-22	Empresa Contratante	PARTICULARES
Nombre	NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO		Empresa a Laborar		
Cargo	INSTRUCTOR		Tipo de Examen	PERIODICO	
CC	51901759		Sede	POLO CLUB II	
Fecha Ingreso	2021-01-22 08:29:18		Fecha Salida	2021-01-22 11:41:30	



Exámenes Complementarios

Paraclínicos

- EMO Período
- Optometría
- Audiometría

Laboratorio Clínico

Vacunas

Certificación de Aptitud

Puede Continuar Laborando

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Ejercicio Regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Específicas Trabajador

CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL, USO DE ANTEOJOS DE MANERA PERMANENTE, EJERCICIO CARDIOVASCULAR, PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL ADHERIR A PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMITIDOS POR PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Y MINISTERIO DE SALUD POR PANDEMIA DE COVID 19; TRABAJADOR NIEGA PATOLOGIAS DE ALTO RIESGO PARA COVID 19, SEGUN CIRCULAR 0030 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD

Recomendaciones Específicas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de los pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones preventivas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: ALEJANDRO GUTIERREZ TORRES
CC: 79961242
Registro médico: 79961242
Licencia N°: 11671 de 05/10/2018

Firma del trabajador: NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
CC: 51901759



Hace constar:

Que el Sr(a) NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51901759 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51901759 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 -

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 8152148020 , con fecha de apertura 8 de Abril de 2009 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 51.901.759

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero de 2021 .

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes





**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

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 15-44-101237798	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	
02 02 2021	02 02 2021		00:00	30 04 2022		23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SALAME CLAVIJO, NAJIA SUSANA	IDENTIFICACIÓN CC: 51.901.759
DIRECCIÓN: CL 98 NRO. 15 - 17 OF. 205	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 7691365

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: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO 3346369

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 DEL CONTRATO No. COI.PCCNTR.2210514 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 HUMANO, ASISTENCIA Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN, DEL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN 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 FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PARA DAR RESPUESTA A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL ENTRE OTROS EL PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y DEMANDA DE LA POBLACIÓN; EN LAS JORNADAS DIURNA, NOCTURNA, MADRUGADA Y FINES DE SEMANA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/02/2021	30/04/2022	\$4,108,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,348.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,386.00	\$ *****33,734.00	\$ *****4,108,000.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
CBS SEGUROS LTDA	184520	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 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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELÉFONO: 2121808 - BOGOTÁ, D.C.

15-44-101237798

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-29 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 2188977

DLP184520A

1



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 15-44-101237798		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						
02 02 2021			02 02 2021			00:00	30 04 2022			23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	SALAME CLAVIJO, NAJIA SUSANA	IDENTIFICACIÓN	CC: 51.901.759
DIRECCIÓN: CL 98 NRO. 15 - 17 OF. 205	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	7691365

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,348.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****5,386.00	TOTAL A PAGAR \$ *****33,734.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****4,108,000.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
CBSE SEGUROS LTDA	184520	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 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, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELÉFONO: 2121808 - BOGOTÁ, D.C.

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 77099980211 67 (8020) 11002610359025 (3900) 000000033734 (96) 20220202

REFERENCIA PAGO:
1100261035902-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**RECIBO DE CAJA No.
2821584**

Nit. 860009578-6

EXPEDIDO EN	SUCURSAL	CODIGO	FECHA	CLAVE	NOMBRE	
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	03/02/2021	0		
RECIBIMOS DE: SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA					NIT. 51.901.759	
LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE.						
POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO. 10000027241998						
SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO		PRIMA	GASTO	IVA	RUNT	VALOR
NORTE - CU. ENTIDAD. EST. - 101237798 - 0		20,348.67	8,000.00	5,386.25	0.00	33,734.92
OTROS CONCEPTOS DE PAGO						VALOR
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES						33,734.92
APROVECHAMIENTOS						-0.92
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES						-33,734.92
FORMA DE PAGO						
BD 100000272 1-BANCO DE BOGOTA 33,734.00				EFECTIVO: 0.00		
				CHEQUE: 0.00		
				TARJETA: 0.00		
				BD: 33,734.00		
				OTROS: 0.00		
TRANSACCION 13142364				TOTAL: 33,734.00		
				CAJERO: PAGUESTADO		