

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></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     | 17714-012237      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 19404             |

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                         |                                                                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO | C.C.                                                                                   | 19.498.630  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | jpaezh@sena.edu.co      | IP/N° de contacto                                                                      | 3012744391  |
| 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:                                                                                             | BANCOLOMBIA             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS     |
|                                                                                                                      |                         | N° Cuenta                                                                              | 24739641566 |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2228490/2021  | N° Compromiso SIIF     | 34021                        |
| Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 40.690.000 | N ° Pago               | 1                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 40.690.000 | Periodo objeto de pago | Del 05/02/2021 Al 28/02/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 37.310.000 | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(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 Humano, Asistencia y Gestión Administrativa y Gestión Documental y de la Información, del Centro de Gestión |               |                        |                              |

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.380.000        | 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                |                                           |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 3.380.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 2.245.950</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

| 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                                      | \$ 1.352.000 | \$ 0                 | Valor Base retención en la fuente 2.245.950,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 169.000   | \$ 0                 | Valor Base retención en la fuente ICA 2.994.600,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 216.400   | \$ 0                 | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0                 | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 7.100     | \$ 0                 | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |                      | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |                      | Reteica - 8299 28.928,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |                      | 0,966%                                             |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -         |                      | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |                      | 0,000%                                             |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |                      | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |                      | 0,000%                                             |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -         |                      | Otras Retenciones 0,00                             |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -         |                      | 0,000%                                             |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 748.650   |                      | 0,000%                                             |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |                      | 0,000%                                             |
|                                                                       |              | <b>VALOR A PAGAR</b> | <b>\$ 3.351.072,00</b>                             |

**SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Atender la Formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias establecida y programadas.<br>2. Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación<br>3. Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de la formación de los aprendices.<br>4. Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.<br>5. Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor, así como a los procesos, que el SENA adelante para certificar habilidades pedagógicas. |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <b>JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>EMILIO DELGADO DIAZ</b><br><b>INSTRUCTOR G18</b> |

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**

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 19498630              |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Paez Henao, Jose Joaquin |
| TIPO DE AFILIADO                | Segundo Cotizante        |
| TIPO DE TRABAJADOR              | N/A                      |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 27/02/2009               |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                  |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado               |
| REGIMEN                         | Contributivo             |

La presente se expide a nombre de Paez Henao, Jose Joaquin, a los 19 días del mes de febrero 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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO identificado(a) con C.C No. 19.498.630, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de febrero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

**POSITIVA**  
**Compañía de Seguros S.A.**  
**N.I.T 860.011.153-6**

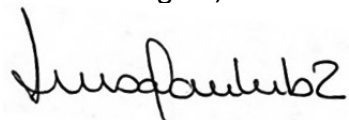
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO, con Cédula Ciudadanía No. 19498630 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 05/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 05/02/2021 y fecha hasta 17/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

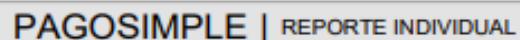
Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012447982.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



**Cliente:**

**PAGADA 2021-02-19 EN HORARIO EXTENDIDO**

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                         |                    |                          |                 |   |
|---------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|---|
| Razón Social        | JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO |                    |                          |                 |   |
| Documento           | CC 19499630             | Dirección          | TRAV 96B N 20D 30 AP 423 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE           | Teléfono           | 3012744391               |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL                 | Forma Presentación | ÚNICO                    | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.             | Departamento       | BOGOTA D.C.              |                 |   |
| Representante Legal |                         | Identificación     |                          |                 |   |

## II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |    |           |           |   |                         |                              |                   |                   |
|----------------|-------------|----|-----------|-----------|---|-------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 19498630 |    | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres     | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Colizante | 59          | 00 |           |           |   | PAEZ HENAO JOSE JOAQUIN | 11001000 - 11                |                   | BOGOTA D.C.       |

**III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:**

[illegible]

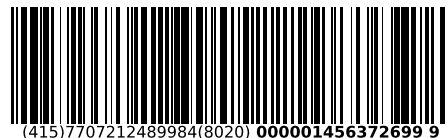
## IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSP5 | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| COLFONDOS             | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | EPS SANITAS         | POSITIVA DE SEGUROS   | COMPENSAR CCF       | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 145.400            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 113.600          | \$ 4.800              | \$ 18.200           | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              | \$ 282.000  |

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14563726999



(415)7707212489984(8020) 000001456372699 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 4 9 8 6 3 0

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 9 4 9 8 6 3 0

27. Fecha expedición

1 9 8 1, 0 3, 3 1

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

PAEZ

32. Segundo apellido

HENAO

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

JOAQUIN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 96 B 20 D 30 AP 423 TO F

42. Correo electrónico

jose.joaquinp@misena.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 2 8 0 9 1 3

45. Teléfono 2

3 0 1 2 7 4 4 3 9 1

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 1, 2 4

**Actividad secundaria**

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 1, 1 0

**Otras actividades**

50. Código

4 9 2 3, 1 0 5 1

**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

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 06 - 01

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:

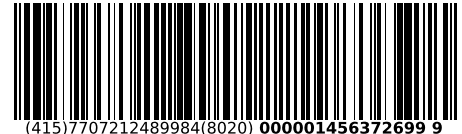
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14563726999



(415)7707212489984(8020) 000001456372699 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 4 9 8 6 3 0 7

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**Características y formas de las organizaciones**

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

2 0 0 5 0 9 2 6

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 0 5 0 9 2 6

77. No. Matrícula mercantil

0 1 5 3 4 0 0 5

78. Departamento

1 1

79. Ciudad/Municipio

4

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|--------|
| 1    |                   |                            |                                               | -      |
| 2    |                   |                            |                                               | -      |
| 3    |                   |                            |                                               | -      |
| 4    |                   |                            |                                               | -      |
| 5    |                   |                            |                                               | -      |

**Vinculación económica**

|                           |                                                |                                                                          |         |
|---------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



salud integral empresarial

GRUPO OCUPACIONAL LTDA

NIT: 900139947-2

L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 19498630-129581



## INFORMACIÓN GENERAL

|                          |                                         |                        |              |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|--------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>    | 23/01/2020 - BOGOTÁ D.C                 | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO      |
| <b>Paciente:</b>         | JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO                 | <b>Identificación:</b> | 19498630     |
| <b>Género:</b>           | MASCULINO <b>Edad:</b> 57               | <b>Teléfono:</b>       | *****        |
| <b>Fecha Nacimiento:</b> | 6/12/1962                               | <b>Móvil:</b>          | 3012744391   |
| <b>Estado Civil:</b>     | SEPARADO                                | <b>Cargo:</b>          | INSTRUCTOR   |
| <b>Dirección:</b>        | TRAV 93B # 20D-30                       | <b>EPS:</b>            | SANITAS S.A. |
| <b>Escolaridad:</b>      | ESPECIALIZACION                         | <b>ARL:</b>            | NO REPORTA   |
| <b>Empresa:</b>          | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - | <b>AFP:</b>            | NO REPORTA   |

## EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

|                                                     |                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEST PSICOMETRICO                                   | APTO                                                                                                                                                         |
| AUDIOMETRIA                                         | CONTROL PERIÓDICO.                                                                                                                                           |
| OPTOMETRIA                                          | USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR.                                                                    |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | HIGIENE POSTURAL/REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO CON FLEXION DE LAS PIERNAS / USO DE EPP SEGUN MATRIZ DE RIESGO /CONTROL ANUAL POR MEDICINA OCUPACIONAL. |
| GLUCEMIA                                            | se realizó                                                                                                                                                   |
| PERFIL LIPIDICO                                     | se realizó                                                                                                                                                   |
| CUADRO HEMATICO                                     | se realizó                                                                                                                                                   |
| ANEXO CARDIOVASCULAR                                | SISTEMA CARDIOVASCULAR NORMAL                                                                                                                                |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR SIN ALTERACIONES EVIDENTES AL EXAMEN FISICO. LABORATORIOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES. PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA CARACTERISTICA PATOLOGICA NI SOCIAL QUE LE IMPIDA CONVIVIR NI RELACIONARSE EN COMUNIDAD. USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---------------------|------------------------------------------|------------|
|---------------------|------------------------------------------|------------|

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

## Información de Remisiones

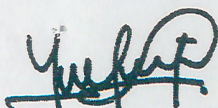
NO

'Consentimiento Informado:

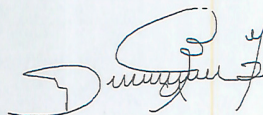
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales. Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclinicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:

GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

  
DRA. YUDI MORALES FRAILE  
MEDICO  
ESP. SALUD OCUPACIONAL  
RES. 2379-16





YUDI MORALES FRAILE  
Médico Especialista en Salud Laboral

2379-16 52817479

JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO  
Firma y cédula del Paciente

19498630

|                                                                                                                                          |                                                                                            |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  <b>Grupo Ocupacional</b><br>salud integral empresarial | <b>CONCEPTO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HABILIDADES</b> | Código: FR- 01      |
|                                                                                                                                          | FORMATO ADMINISTRATIVO Y TECNICO                                                           | Versión: 01         |
|                                                                                                                                          |                                                                                            | Emisión: 01/06/2019 |

**PRUEBAS APLICADAS PARA EL CARGO:**

BG3  
CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE ESTRÉS  
WARTEGG

X  
X  
X

Se puede establecer que:

|                        |                         |                     |                 |
|------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES    | PAEZ HENAO JOSE JOAQUIN | EDAD                | 57 AÑOS         |
| EMPRESA                | SENA                    | FECHA DE EVALUACIÓN | ENERO 23 / 2020 |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 19498630                | CARGO AL QUE ASPIRA | INSTRUCTOR      |

A continuación se describirán de manera cualitativa los resultados obtenidos para el trabajador y las respectivas sugerencias dadas para la adecuada ejecución de su actividad como PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO:

| PUNTUACIONES<br>( Numericas : calificacion de baterias / Cuantitativas: rasgos descriptores):<br>ALTA (7-10) MEDIA (4-6) BAJA (0-3) |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |       |      |                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                                                                                                                                | HABILIDAD                                                                 | DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CALIFICACIÓN |       |      | INTERPRETACION CUALITATIVA                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ALTO         | MEDIO | BAJO |                                                                                                                                                                          |
| 1                                                                                                                                   | RAZONAMIENTO Y ANALISIS                                                   | Eficacia para detectar problemas, buscar datos pertinentes al respecto, identificar la informacion relevante y encontrar las posibles causas del mismo, con destino a la optimizacion. Raciocinio y captacion mental eficaz.                                                                                                                                                                                | ●            |       |      | Evidencia una puntuacion acorde en las valoraciones especificas para su cargo, denota un nivel adecuado para las habilidades requeridas a nivel de percepcion visomanual |
| 2                                                                                                                                   | AUTODISCIPLINA                                                            | Habilidad que posibilita ver el cumplimiento de procedimientos y manejo de autoridad frente al cargo a desempeñar.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ●            |       |      | Se evidencia seguro de si mismo, con relaciones interpersonales afables y adecuadas. Pacifico y equitativo.                                                              |
| 3                                                                                                                                   | MANEJO DEL ESTRÉS                                                         | Habilidad mediante la cual se evidencia un mantenimiento firme del carácter, para trabajar o actuar bajo presión y/o oposición a los propios intereses y acciones. Se traduce en respuestas controladas en situaciones que generen tensión.                                                                                                                                                                 | ●            |       |      | Nivel de estrés se halla en rango adecuado sin incidencia en ningun area.                                                                                                |
| 4                                                                                                                                   | AUTOCONTROL                                                               | Capacidad de regulación y ordenamiento de los impulsos, pensamientos y de las acciones, a fin de alcanzar un mayor equilibrio personal y social, que le permita al trabajador la realización de su tarea, ajustándose voluntariamente a parámetros sociales y laborales correctos                                                                                                                           | ●            |       |      | Refleja un nivel acorde de alto auto y hetero control                                                                                                                    |
| 5                                                                                                                                   | MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS Y RELACIONES INTERPERSONALES ASERTIVAS | Capacidad que tiene la persona para solucionar conflictos o problemas que surgen de su relación con otras personas, a través de una actitud respetuosa y logrando una buena comunicación y la finalización de roces o inconvenientes de manera objetiva y radical. Capacidad de negociación y resolución de desacuerdos y situaciones de manera asertiva. Interrelación respetuosa en diferentes contextos. | ●            |       |      | Muestra asertividad en la resolucion de conflictos. Ecuanime y racional.                                                                                                 |

|          |      |
|----------|------|
| CONCEPTO | APTO |
|----------|------|

SUGERENCIAS: Talleres propios en su cargo para optimizar su desempeño

  
 Jessica A. Bandon N.  
 Psicóloga  
 C. C. 52 400 410



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



### Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19498630 realizó el día 17/02/2021 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 JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19498630 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 Bancario

Viernes, 19 de Febrero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE JOAQUIN PAEZ HENAO identificado(a) con CC 19498630, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado         |
|-------------------|--------------|----------------|----------------|
| CUENTA DE AHORROS | 24739641566  | 2008/02/14     | CXC PENDIENTES |

**\* 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  
todos





NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

|                                      |  |  |                               |  |  |                   |                               |  |  |             |                  |               |  |                              |  |            |  |
|--------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--|-------------------|-------------------------------|--|--|-------------|------------------|---------------|--|------------------------------|--|------------|--|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C. |  |  |                               |  |  | SUCURSAL<br>NORTE |                               |  |  |             |                  | COD.SUC<br>15 |  | NO.PÓLIZA<br>15-44-101238162 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS       | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO  |               |  |                              |  |            |  |
| 05 02 2021                           |  |  | 05 02 2021                    |  |  | 00:00             | 30 04 2022                    |  |  | 23:59       | EMISION ORIGINAL |               |  |                              |  |            |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                   |                                                                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>PAEZ HENAO, JOSE JOAQUIN | IDENTIFICACIÓN<br>CC: 19.498.630                               |
| DIRECCIÓN: TV 96 B NRO. 20 D - 30                 | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL<br>TELÉFONO: 3202744391 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>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<br>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 C01.PCCNTR.2228490, PRESTAR LOS 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, ASISTENCIA 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 GESTION 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

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

|                           |                |                |                  |
|---------------------------|----------------|----------------|------------------|
| AMPAROS                   | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 05/02/2021     | 30/04/2022     | \$4,069,000.00   |

## ACLARACIONES

|                   |                   |                  |                        |                       |                 |
|-------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| VALOR PRIMA NETA  | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA              | TOTAL A PAGAR          | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO    |
| \$ *****20,021.00 | \$ *****8,000.00  | \$ *****5,324.00 | \$ *****33,345.00      | \$ *****4,069,000.00  | 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.

15-44-101238162

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<br>BOGOTA, D.C. |  |  |                               |  |  | SUCURSAL<br>NORTE |                               |  |  |             |                  | COD.SUC<br>15 |  | NO.PÓLIZA<br>15-44-101238162 |  | ANEXO<br>0 |  |
| FECHA EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO      |  |  | VIGENCIA DESDE<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS       | VIGENCIA HASTA<br>DÍA MES AÑO |  |  | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO  |               |  |                              |  |            |  |
| 05 02 2021                           |  |  | 05 02 2021                    |  |  | 00:00             | 30 04 2022                    |  |  | 23:59       | EMISION ORIGINAL |               |  |                              |  |            |  |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

|                                                   |                                                                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL<br>PAEZ HENAO, JOSE JOAQUIN | IDENTIFICACIÓN<br>CC: 19.498.630                               |
| DIRECCIÓN: TV 96 B NRO. 20 D - 30                 | CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL<br>TELÉFONO: 3202744391 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

|                                                                                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ASEGURADO / BENEFICIARIO:<br>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<br>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<br>\$ *****20,021.00 | GASTOS EXPEDICIÓN<br>\$ *****8,000.00 | IVA<br>\$ *****5,324.00 | TOTAL A PAGAR<br>\$ *****33,345.00 | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ *****4,069,000.00 | PLAN DE PAGO<br>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 |
|-------|------------|-------|
|       |            |       |

|           |  |
|-----------|--|
| EFFECTIVO |  |
| CHEQUE    |  |
| TOTAL \$  |  |



(415) 7709998021167 (8020) 11002610378223 (3900) 000000033345 (96) 20220205

REFERENCIA  
PAGO:  
1100261037822-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## **CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar, que la póliza N° 101238162, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 05 días del mes de FEBRERO de 2021

  
EL SEÑOR MANUEL SARMIENTO, VICEPRESIDENTE DE FIANZAS DE LA ENTIDAD, SEGuros del Estado S.A. SEGUROS DE VIDA DI

15-44-101238162

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas



7709998021167002735159

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000027351590

CERTIFICAMOS QUE:

|                                      |                                                               |                                                                     |            |             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| FECHA                                |                                                               |                                                                     |            |             |
| 06/02/2021 10:56a.m.                 |                                                               |                                                                     |            |             |
| RECIBIMOS DE:                        | Jose Joaquin Paez Henao                                       | CC. 19.498.630                                                      |            |             |
| LA SUMA DE:                          | Treinta y tres mil trescientos cuarenta y cinco pesos . ***** |                                                                     |            |             |
| POR CONCEPTO DE:                     | PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027351590                 |                                                                     |            |             |
| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA                                                         | GASTO                                                               | IVA        | VALOR       |
| NORTE-44-101238162-0-1               | \$28,021.00                                                   |                                                                     | \$5,324.00 | \$33,345.00 |
| FORMA DE PAGO                        |                                                               |                                                                     |            |             |
| Efectivo - \$ 33,345.00              |                                                               | EFFECTIVO:<br>CHEQUE:<br>TARJETA:<br>BD: 33,345.00<br>OTROS: \$0.00 |            |             |
| TRANSACCION: 0002735159              |                                                               | TOTAL: \$33,345.00                                                  |            |             |
| CAJERO: PAGUESTADO                   |                                                               |                                                                     |            |             |