SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL- BOYACA - EMPRENDE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**15**
Código Centro	**930510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**74438-170875**
No. de documento	**48780**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA FORERO GUIO	**C.C.**	40.039.826	**IP/Nº de contacto**	3125808710
Correo electrónico contratista:	guiofo42@gmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?** SI	**Es Pensionado?** NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	176000660645
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2307179/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**19821**		
Valor Total del Contrato	$ 35.731.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.731.200	**1**	**Del**	**02/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.597.933,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.133.267		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Gestión Administrativa y Fortalecimiento Empresarial en el programa de Sena Emprende Rural (SER), en las áreas de GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GESTIÓN ADMINISTRATIVA, de acuerdo con el modelo pedagógico, la programación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.597.933		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.597.933**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.390.800**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**20083698**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.439.173	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 179.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 796.933	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.390.800,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.187.733,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.597.933,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA TUNJA 2290579 FORMACIÓN DIRECTA, FORTALECIMIENTO EN GESTIÓN ORGANIZACIONAL,COMPETENCIACONSOLIDAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN MODELO DE GESTIÓN, RESULTADOS 1. REALIZAR MODELO DE GESTIÓN TENIENDO EN CUENTA NECESIDADES DEL ENTORNO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZ
RESULTADOS 2. REALIZAR MODELO DE GESTIÓN TENIENDO EN CUENTA NECESIDADES DEL ENTORNO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN
Total, Horas 96 Tunja
DESARROLLO CURRICULAR:ELABORACIÓN DE MATRIZ,DE PLANEACIÓN PEDAGOGICA,DE GUÍAS DE APRENDIZAJE,INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN,MATERIAL DE A
Total, Horas 64
FICHA CERINZA 2298011 EMPRENDIMIENTO EN ELABORACION DE ACCESORIOS ARTESANALES, RESULTADO LIDERAR PROYECTOS TRANSFORMACIONALES EN ÁREA
Total, Horas 8 Cerinza
TOTAL DE HORAS EN EL MES 168

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.

CAROLINA FORERO GUIO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

VILMA YANET TELLEZ ALFONSO
INSTRUCTOR G20

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

LIDYA YOLANDA MARTINEZ SILVA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	FORERO GUIO CAROLINA
IDENTIFICACION:	CC-40039826
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-03-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-03-05
FECHA DE PAGO:	2021-03-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	20083698
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	20083698
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 259.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/04/2021

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: FORERO GUIO CAROLINA
Identificación CC - 40039826
Sucursal 0
Período Pensión 2021-02
Período Salud 2021-02
Fecha Pago Planilla 2021-03-18

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	40039826
Nombre	CAROLINA FORERO GUIO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	SINARL
Número Planilla	20083698
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	I
Periodo Pensión	2021-02
Periodo Salud	2021-02
Tipo Cotizante	Independiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	908.526	0,1250000	$ 113.600	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	908.526	0,1600000	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
0	0	0,0000000	$ 0	0

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14640435831

(415)7707212489984(8020) 000001464043583 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 0 0 3 9 8 2 6	1	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	4 0 0 3 9 8 2 6	1 9 9 4 0 6 2 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FORERO	GUIO	CAROLINA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 41 1 C 48 AP 308 A ED LA GRAN RESERVA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
carolinaforerog@yahoo.com		3 1 2 5 8 0 8 7 1 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 1 0	2 0 1 2 0 6 2 0	7 4 9 0	2 0 0 8 0 8 2 7	8 5 5 1		2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 8 1 3

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 ORDOÑEZ GALINDO DAIRO YOBANY

985. Cargo: Analista V

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-08-2019 03:59:42PM

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Firma Electrónica
para Servicios Informáticos Electrónicos DIAN

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

10036

2. Concepto [ ][1] EMISION

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 100367015990824

(415)7707212489984(8020) 0100367015990824

Identificación del suscriptor

24. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía [1][3]

[4][0][0][3][9][8][2][6]

Nombre, dirección y domicilio

26. Primer apellido	27. Segundo apellido	28. Primer nombre
FORERO	GUIO	CAROLINA

30. Razón social

31. Dirección: C L 4 1 1 C 4 8 A P 3 0 8 A E D L A G R A N R E S E R V A

32. Pais	33. Departamento	34. Ciudad/Municipio
COLOMBIA [1][6][9]	Boyacá [1][5]	Tunja [1][5][0]

Datos extensibles

35. NIT [4][0][0][3][9][8][2][6]

36. Correo electrónico: carolinaforerog@yahoo.com

37. Teléfono 1 [3][1][2][5][8][0][8][7][1][0]

38. Teléfono 2

Observaciones

Si el concepto es Emisión

39. Fecha de emisión [2][0][1][9][0][8][1][3]

Si el concepto es Revocación o Renovación

41. Causa

45. SIN RUT [ ]

NOTA: Cuando la información contenida en este formulario sea incorrecta o inexacta, se debe actualizar de forma inmediata el Registro Unico Tributario RUT.

PRESENTADO

El presente formulario ha sido formalizado, y el suscriptor aceptó las condiciones del acuerdo de Firma Electrónica, el cual hace parte integral de este documento.

997. Fecha transacción [2][0][1][9]-[0][8]-[1][3] [1][6]:[0][5]:[3][4]

984. Nombre: ORDOÑEZ GALINDO DAIRO YOBANY

985. Cargo: Analista V

DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.568

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2021 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	SERVICIO NACIONAL DEL APRENDIZAJE SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

FORERO GUIO CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	45 AÑOS 2 MESES 12 DÍAS	CC	40039826
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR (A)

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE PSICOLOGIA	✓	GLICEMIA PRE	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN DE VISIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMATICO	✓
EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN CARDIOVASCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION MEDICA, OSTEMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, FONOAUDIOLOGIA Y AUDIOMETRIA , VALORACION VISUAL, LABORATORIOS (CUADRO HEMATICO, GLICEMIA, PARCIAL DE ORINA Y PERFIL LIPIDICO SATISFACTOSIOS, LO CUAL LA DECLARAN APTA FISICA Y PSICOLOGICAMENTE PARA EL CARGO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Carlos Pérez Figueredo
MEDICO Y CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
R. M. 914-97 BOYACA

Firma:

Nombre: PEREZ FIGUEREDO CARLOS

R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122

Código de Seguridad
Q641W1C8568

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FORERO GUIO CAROLINA

CC: 40039826

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROLINA FORERO GUIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039826 realizó el día 20/03/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CAROLINA FORERO GUIO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40039826 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

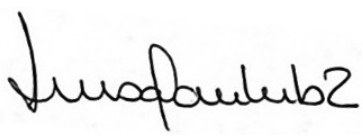
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CAROLINA FORERO GUIO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40039826, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 20210101352303.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

TUNJA, BOYACA, **01/02/2021**
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAROLINA FORERO GUIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **40039826**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550176000660645**
Fecha de apertura	**01/07/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	**TUNJA**	**39**	**39-44-101122826**	**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	**03**	**2021**	**02**	**03**	**2021**	**00:00**	**18**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
FORERO GUIO, CAROLINA	**CC: 40.039.826**	KR CARRERA 9 NRO. 28 19 - 19	TUNJA, BOYACA	3125808710

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL CEGAFE SENA REGIONAL BOYACA	**NIT: 899.999.034-1**	CALLE 19 NO. 12-29	TUNJA, BOYACA	7422220

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE AMPARA EL PAGO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.2307179 CUYO OBJETO ES: PRSTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL EN EL PROGRAMA DE SENAQ EMPRENDE RURAL SER EN LAS AREAS DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GESTION ADMINISTRATIVA DE ACUERDO CON EL MODELO PEDAGOGICO LA PROGRAMACION ERSTABLECIDA, LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**02/03/2021**	**18/04/2022**	**$3,573,120.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ ***********27,370.00	$ ********3,573,120.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
JAV SERVICIOS COMERCIALES LTDA	174306	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 CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

39-44-101122826

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101122826	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	03	2021	02	03	2021	00:00	18	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FORERO GUIO, CAROLINA	CC: 40.039.826

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
KR CARRERA 9 NRO. 28 19 - 19	TUNJA, BOYACA	3125808710

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL CEGAFE SENA REGIONAL BOYACA	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 19 NO. 12-29	TUNJA, BOYACA	7422220

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red. · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Su Red · Ca · Copidrogas

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	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ ************27,370.00	$ ********3,573,120.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
JAV SERVICIOS COMERCIALES LTDA	174306	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 CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11008605664150(3900)000000027370(96)20220302

REFERENCIA PAGO:

1100860566415-0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027985 54

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000027985547

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
02/03/2021 04:59p.m.

RECIBIMOS DE: ICIOS COMERCIALES LTDA — NIT. 901.053.218

LA SUMA DE: Veintisiete mil trescientos setenta pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027985547

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
TUNJA-44-101122826-0-1	$23,000.00		$4,370.00	$27,370.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 27,370.00

EFECTIVO:	
CHEQUE:	
TARJETA:	
BD:	27,370.00
OTROS:	$27,370.00

TRANSACCION: 0002798554

TOTAL: $27,370.00

CAJERO: PAGUESTADO

3/3/2021 8:41:52AM

172.16.10.23