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 CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST
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	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**73600-181211**
No. de documento	**53260**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO	**C.C.**	93.405.943	**IP/Nº de contacto**	62929
Correo electrónico contratista:	cepachon3@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24060342726	
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:	2306395/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**33521**	
Valor Total del Contrato	$ 36.270.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.270.000	**1**	**Del**	**19/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 731.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.538.750		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS CON EJECUCIÓN DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y FORMACIÓN COMPLEMENTARIA, EN LA OFERTA REGULAR DEL CENTRO, APLICANDO EL MODELO PEDAGÓGICO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 731.250	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	**$ 731.250**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 354.188**	**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	----------	**4382996710-**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 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	$ 118.063	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	354.188,00	TARIFA
43Valor Base retención en la fuente ICA	472.250,00	
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	4.723,00	1,000%
-	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	**$ 726.527,00**	

SON: SETECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación virtual en bilinguismo: Programa técnico en conservación de recursos naturales- Ficha 2235769 15 hrs
Impartir formación virtual en bilinguismo: Programa técnico en gestion del talento humano- Ficha 2058329 15 hrs
total 30 hrs mes marzo

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.

CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO
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,

EDWARD JAVIER ROJAS ROMERO
INSTRUCTOR G09

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93405943
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	XXXXXX	TELÉFONO:	2666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4382996710**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994438181

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4380856407	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2021/03/08

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.800
SUBTOTAL:			1	**$ 4.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 150.200**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93405943
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	XXXXXX	TELÉFONO:	2666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4380856407**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/03/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1030894523

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 93405943	PACHON CASTIBLANCO CARLOS EDUARDO	INDEPEND	REQ CUMP PENS	$ 908.526				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0												

TOTAL	**$ 113.600**

Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14738449200

(415)7707212489984(8020) 000001473844920 0

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

IDENTIFICACIÓN

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	9 3 4 0 5 9 4 3	1 9 9 5 1 1 2 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PACHON	CASTIBLANCO	CARLOS	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: MZ O CA 1 BRR IBAGUE 2000

42. Correo electrónico: carlospachon77@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 6 7 4 8 1 5	2 7 4 4 2 4 9

CLASIFICACIÓN

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
8 5 4 1	2 0 1 4 0 8 0 1	8 5 4 2	2 0 2 0 0 7 0 1	8 5 2 3			2 4 4 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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2021 - 02 - 01 / 21 : 48: 58

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 PACHON CASTIBLANCO CARLOS EDUARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

InproSalud

INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S



SER CONDUCTOR IBAGUE

Nit : 900.329.703 - 8
Dirección : Cra 5 Calle 60 Edificio Caminorte Barrio La Floresta
Toléfono : 17443330
Registro Habilitación IPS : 7300102131 01
Email : saludocupacional@inprosalud.com.co

Historia Clinica No.	019 - 038513-93405943

DATOS TRABAJADOR

NOMBRE : CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO — IDENTIFICACION : 93405943
GRUPO SANGUINEO : A+ — GENERO : M — FECHA NACIMIENTO : 1977/09/29 — EDAD : 42
ESTADO CIVIL : SOLTERO(A) — ESCOLARIDAD : PROFESIONAL — CIUDAD DE RESIDENCIA : IBAGUÉ
DIRECCION : club residencial alameda bloque o apto 201 — TELEFONO : 2741812 / 3208074515 — ESTRATO : 4
EPS : MEDIMAS — REGIMEN : CONTRIBUTIVO
ARL : POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. — F.PENSIONES : PORVENIR S.A.
PROFESION : OTRA — OCUPACION : EDUCACION/UNIVERSIDAD — MANO DOM. : DIESTRO — CMP. FAMILIAR : 1

DATOS EXAMEN

EMPRESA : SIN CONVENIO (PARTICULAR) — CARGO : DOCENTE
TIPO EXAMEN : PRE-INGRESO — FECHA INICIO / HORA : 2020/07/31 - 11:42 — FECHA TERMINACION / HORA : 2020/07/31 - 12:25
TURNO : DIURNO — ACTIVIDAD REALIZADA : Sentado-De Pie-Caminando — ACCION REALIZADA : enseñar-supervisar-Escribir
EVALUACIONES : VISIOMETRIA-FONOAUDIOLOGIA-MEDICINA OCUPACIONAL-
ENFASIS : OSTEOMUSCULAR
LABORATORIOS :

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Basado en la evaluación medica realizada por los especialistas del centro médico, institución prestadora de Servicios de Salud y en las valoraciones clinicas y paraclinicas que fueron consignadas en la historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de la entidad y que son estrictamente confidenciales, se obtuvo el siguiente resultado :

PACIENTE SIN RESTRICCIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LA LABOR

RECOMENDACIONES :

-Uso de EPP
-Higiene Postural
-Pausas Activas

RESTRICCIONES :

-Pautas activas y estiramiento de muñeca y mano izq cada 2 horas
-

OBSERVACIONES :

RECOMENDACIONES OSTEOMUSCULAR: INDUCCION AL CARGO, PAUSAS ACTIVAS SEGUN EL SISTEMA DE GESTION EN SST DE LA EMPRESA, USO DE EPP SEGUN TIPO DE EXPOSICION, POSTURAS ERGONOMICAS. VISUAL: CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA POR SU EPS. AUDITIVO: CONTROL AUDITIVO ANUAL. MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION, HABITOS DE VIDA SALUDABLE. EJERCICIO REGULAR AEROBICO.

Consentimiento Informado : El examinado CERTIFICA que Acepto la realización de las evaluaciones medicas y practicas en las cuales no omitió ningun dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares, que puede influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta. Puede ser confirmado por la empresa, aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato.De igual forma dando cumplimiento a la ley 1581 de 2012 de proteccion de datos personales y el decreto 1373 de 2015 reglamentación parcial de la ley 1581, autorizo a INPROSALUD S.A.S para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos personales. **CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES**: Las resoluciones 2346 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde a los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. Tambien establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante.Los documentos completos de la historia clinica ocupacional estan bajo nuestra guarda y cus[illegible]

YENI SONIDIA MORENO GALINDO
Registro Medico : 3566/2005
Licencia Ocupacional : 1004/2019

CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO
Documento : 93405943

Impreso por: Siei IPS

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93405943 realizó el día 27/03/2021 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 CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93405943 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:

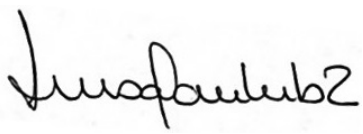
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93405943, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 18/03/2021 y 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): 202101013463010.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CARLOS EDUARDO PACHON CASTIBLANCO Identificado con CC 93405943

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina AVENIDA QUINTA, con las siguientes características:

Número:	24060342726
Fecha de apertura:	23 de Febrero de 2016
Saldo disponible:	$14,755.54
Saldo total a la fecha:	$14,755.54
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a sena casanare, el 09 del mes Marzo de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101240140**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	**03**	**2021**	**17**	**03**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PACHON CASTIBLANCO, CARLOS EDUARDO		**CC: 93.405.943**
DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 61 - 19 23	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO:	3208674815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CASANARE		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: MUNICIPIO DE YOPAL	CIUDAD: YOPAL, CASANARE	TELÉFONO	5461500

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:

EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2306395 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS CON EJECUCION DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL Y FORMACION COMPLEMENTARIA, EN LA OFERTA REGULAR DEL CENTRO, APLICANDO EL MODELO PEDAGOGICO ESTABLECIDO POR EL SENA Y LA FPI Y LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL SIGA, UTILIZANDO LAS PLATAFORMAS VIRTUALES SEGUN LINEAMIENTOS, EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL CAFEC, EN LA ESPECIALIDAD BILINGISMO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**17/03/2021**	**30/04/2022**	**$3,627,000.00**

ACLARACIONES

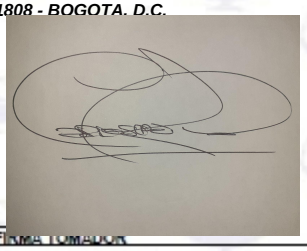
VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,627,000.00	CONTADO

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.



15-44-101240140

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
BOGOTA, D.C.	**NORTE**	**15**	**15-44-101240140**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	**03**	**2021**	**17**	**03**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	PACHON CASTIBLANCO, CARLOS EDUARDO		**CC: 93.405.943**
DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 61 - 19 23	CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	TELÉFONO:	3208674815

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CASANARE		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: MUNICIPIO DE YOPAL	CIUDAD: YOPAL, CASANARE	TELÉFONO	5461500

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 · Supermercados Cooperativos Coopidrogas

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
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********3,627,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
CBE SEGUROS LTDA	184520	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002610494293(3900)000000033320(96)20220317

REFERENCIA PAGO:

1100261049429-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE