

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	920710
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	81789-681476
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		miguel.rosales@misena.edu.co		IP/Nº de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		Es declarante de renta?
		NO		Es Pensionado?
		NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		NO		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Tipo de cta
		AHORROS		Nº Cuenta
		40425422964		
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 2020 supera los \$ 117.503.000
		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato:		1349301/2020		Nº Compromiso SIIF
		28520		
Valor Total del Contrato		\$ 7.812.995		Nº Pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 4.917.270		3
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 3.278.180		
		Periodo objeto de pago		Del
		01/04/2020		Al
		30/04/2020		Valor Bruto Pago
		\$ 0,00		\$ 1.639.090,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 1.639.090		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.639.090		Menos, Retefuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 918.661		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO
				\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Abril		Marzo
		7749651783		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 877.803		\$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 109.800		\$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 140.500		\$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL IV		\$ -		\$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		\$ -
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -		\$ -
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -		\$ -
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700		\$ -		\$ -
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 \$ 1.139.424		\$ 163.909		\$ -
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		\$ -
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 306.220		\$ -
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -
		Valor Base retención en la fuente		918.661,00
		Valor Base retención en la fuente ICA		1.388.790,00
		Valor base IVA		0,00
		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00
		Menos Retención en la Fuente		0,00
		Menos Retención IVA		0,00
		Reteica - 8299		13.888,00
		Otras Retenciones		0,00
		Otras Retenciones		0,00
		Otras Retenciones		0,00
		Otras Retenciones		0,00
		Otras Retenciones		0,00
		Descuentos de Libranza		0,00
		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
		VALOR A PAGAR		\$ 1.625.202,00
SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación a los programas TEI 29, TEI 32 Y TEI 34. Montar actividades en la plataforma Sena blackboard para los programas TEI 29, 32 Y 34 Realizar sesiones de formación virtual mediante la plataforma Gmail con la aplicación Meet con los programas de formación asignados				
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.				
MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
MANUEL GREGORIO HORMECHEA LANCE INSTRUCTOR G19				
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				
VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO PROFESIONAL G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 72275235
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ ROSALES DIAZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO: ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 56 # 41-37 CASA 5	TELÉFONO: 3419555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7749651783	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	8	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 601489977

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	\$ 141.300
SUBTOTAL:			1	\$ 141.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 110.500
SUBTOTAL:			1	\$ 110.500
TOTAL PAGADO:				\$ 251.800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			72275235
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA		DEPARTAMENTO:
DIRECCIÓN:	CALLE 56 # 41-37 CASA 5		ATLANTICO
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:
TIPO EMPRESA:	PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:		7749651783		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		marzo		AÑO		2020	
DÍAS DE MORA:		8		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		marzo	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		601489977			

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 140.500	\$ 800	\$ 141.300
SUBTOTALES:										\$ 140.500	\$ 800	\$ 141.300

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 109.800	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 109.800	\$ 700	\$ 0	\$ 110.500
SUBTOTALES:									\$ 109.800		\$ 700		\$ 109.800	\$ 700	\$ 0	\$ 110.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 72275235	ROSALES DIAZ MIGUEL ANGEL	INDEPEND		\$ 877.803		NO																		230201- PROTECCI ON (ING+PRO TEC.)	30	\$ 877.803	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 140.500	EPS002- SALUD TOTAL	30	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	\$ 109.800			\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 251.800
--------------	-------------------

Bogotá, Abril 16 de 2020

Señor:
ROSALES DIAZ MIGUEL ANGEL
CC. 72275235
CL 56 41 37 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 7 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROSALES DIAZ MIGUEL ANGEL	72275235	C	Feb-7-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
INGEMARP SERVICES SAS	72275235	Dependiente	CERRADO
INGEMARP SERVICES SAS	72275235	Dependiente	CERRADO
MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ	72275235	Trabajador Independiente	VIGENTE
MITSUBISHI ELECTRIC DE COLOMBIA LIMITADA	72275235	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2019-07-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:	Ingemarp Services S.A.S.	Actividad económica:	Industrial
Nombre:	MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ	Documento:	CC 72275235
Fecha de nacimiento:	1982-02-07	Lugar de nacimiento:	Barranquilla (Atlantico)
Edad:	37 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	3
Dirección actual:	CALLE 56 NO 41-37	Municipio:	BARRANQUILLA
Teléfono:	3014270537	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	INGENIERO DE INSTALACION	EPS:	Salud Total
Responsable**:	REGINA PICON (ESPOSA)	Teléfono:	3046676935
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ con documento de identificación No. 72275235 se considera presenta alteración en su estado de salud, que no le impide desempeñar su trabajo habitual

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Valoración por Optometría en su centro de atención
2. Control optométrico anual
3. Evitar preventivamente ambientes ruidosos, intra y extra laboral
4. Continuar tratamiento farmacológico actual por patología de base, control periódico con médico tratante
5. Control prioritario de lipido con médico familiar.
6. Valoración por Nutricionista para control de peso

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL

OBSERVACIONES FINALES

Exámenes de laboratorio clínico para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

- EMO Periódico Osteomuscular: sin alteraciones.
- Perfil lipídico: fuera de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Monica Patricia Urrea Pacheco
Médico Especialista en SST
Universidad del Norte
RM: 1805 -2002
Licencia S.O: 2252008

MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ
Documento: 72275235



Indice der



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la práctica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los

factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por: diana.sanjuan
Fecha: 2019-12-09 Hora: 09:13



Hace constar:

Que el Sr(a) MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72275235 realizó el día 17/02/2020 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 MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72275235 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 - SENA



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 MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72.275.235, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 07/02/2020 y fecha fin de contrato 30/06/2020 con riesgo 4.

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): 20200101476448.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 27 de Abril de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MIGUEL ANGEL ROSALES DIAZ identificado(a) con CC 72275235, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	40425422964	2005/07/07	ACTIVA

*** 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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R0000000045

Nº. PÓLIZA	BO-100027518	Nº. ANEXO	0	Nº. CERTIFICADO	28244665	Nº. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	07/02/2020	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del 07/02/2020		24:00 Horas Del 31/10/2020			N/A		N/A
TOMADOR	ROSALES DIAZ, MIGUEL ANGEL					Nº. DOC. IDENTIDAD	72275235
DIRECCIÓN	CALLE 56 N. 45-41					TELÉFONO	3014270537
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA					Nº. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO					TELÉFONO	3344861
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA					Nº. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	REGIONAL ATLANTICO					TELÉFONO	3344861

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. C01.PCCNTR.1349301 , CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE ELECTRICIDAD INDUSTRIAL DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ACADEMICA DEL SENA CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 07/02/2020	24:00: Horas Del 31/10/2020	781.299,50	20.000
TOTAL ASEGURADO				

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA EUGENIA TRIANA	AGENCIAS	100.00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 07/02/2020
-------------------------	---

PRIMA BRUTA	\$	20.000
DESCUENTOS	\$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000
GASTOS EXP.	\$	5.000
IVA	\$	4.750
TOTAL A PAGAR	\$	29.750

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

EL TOMADOR Y/O ASURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTIICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO. LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

