

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL SANTANDER</p> <p>CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA F</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	68
	Código Centro	922410
	Fecha Elaboración	14 de Octubre de 2021
	Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	ID de Proceso	62662-606513
	No. de documento	236557

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	HENRY LIZCANO RUIZ	C.C.	1.098.696.148
Correo electrónico contratista:	hlizcanor@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3003404975
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
		N° Cuenta	24067774627
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:	2871196/2021	N° Compromiso SIIF	47621
Valor Total del Contrato	\$ 10.974.238	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.974.238	Periodo objeto de pago	Del 22/09/2021 Al 30/09/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.838.972	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	"Prestar los servicios profesionales de carácter temporal como instructor, para la gestión del desarrollo curricular y la ejecución de acciones de formación titulada, complementaria y virtual en la red Electronica y Automatización - Area tematica: Automatización Industrial en el Centro Industrial de Mantenimiento Integral, vigencia 2021."		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.135.266	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.135.266	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 657.200	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Setiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	657.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	876.266,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL IV	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8530	6.812,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 219.067		VALOR A PAGAR	\$ 1.128.454,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: UN MILLÓN CIENTO VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Formación con la ficha 2381296 - DISEÑO E INTEGRACIÓN DE AUTOMATISMOS MECATRÓNICOS	
Formación con la ficha 2254593 - MANTENIMIENTO DE AUTOMATISMOS INDUSTRIALES	
Informe mensual del mes de septiembre	

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.	HENRY LIZCANO RUIZ EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	Autorizo el presente pago. El Supervisor, CARLOS ARTURO NUNEZ BOHORQUEZ 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

CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HENRY LIZCANO RUIZ identificado(a) con CC 1098696148 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 24/10/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CONSORCIO COMUNEROS- LOS COMUNEROS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de septiembre del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

RAZON SOCIAL :	HENRY LIZCANO RUIZ
IDENTIFICACION:	CC-1098696148
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-10-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-10-12
FECHA DE PAGO:	2021-10-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2021-09
PERIODO SALUD:	2021-09
NUMERO PLANILLA:	8615878698
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615878698
TIPO DE PLANILLA:	I

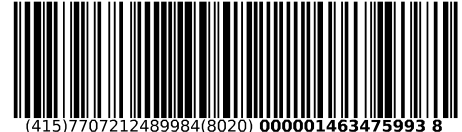
CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 454.107	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 56.800	\$ 56.800
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 454.107	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 72.700	\$ 72.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 129.500	\$ 129.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/11/2021
----------------------------------	------------

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14634759938



(415)7707212489984(8020) 000001463475993 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 8 6 9 6 1 4 8

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 9 8 6 9 6 1 4 8

27. Fecha expedición

2 0 0 8, 1 2, 0 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

31. Primer apellido

LIZCANO

32. Segundo apellido

RUIZ

33. Primer nombre

HENRY

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

41. Dirección principal

CL 19 29 52 BRR SAN ALONSO

42. Correo electrónico

asesorias1257@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 3 4 0 4 9 7 5

45. Teléfono 2

6 7 1 9 6 4 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 1 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 9, 0 3

Actividad secundaria

48. Código

7 0 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 9, 0 3

Otras actividades

50. Código

8 5 2 3

1 2

8 5 4 3

Ocupación

51. Código

2 1 4 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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

☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2019 - 10 - 25

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 REYES ALFONSO GLORIA YOLANDA

985. Cargo Gestor I


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
N° 57,017

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	09 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
LIZCANO RUIZ HENRY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	30 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC	1098696148
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
NO APLICA				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				LAB CLÍNICO (PERFIL LIPÍDICO)			
LAB CLÍNICO (CUADRO HEMÁTICO)				PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)			
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)				PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA)			
LAB CLÍNICO (PARCIAL DE ORINA)				TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : VAORACION NUTRICIONAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
POR ALTERACION LEVE DEL PERFIL LIPÍDICO						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE REALIZA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, DERMATOLÓGICO Y NEUROLÓGICO SIN EVIDENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍA A NINGÚN NIVEL. A NIVEL CARDIOVASCULAR PRESENTA ALTERACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO LEVE QUE NO RESTRINGE PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA DIETA BAJA EN GRASA, CARBOHIDRATOS Y ACUDIR A VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LA EPS. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico



Firma: _____

Nombre: URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO

R. M.: 0843-08 L.S.O.: 19215



Código de Seguridad
U99A1G57017

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: LIZCANO RUIZ HENRY

CC: 1098696148

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44 BUCARAMANGA - COLOMBIA TELÉFONOS: 3162731423



RESOLUCION	Código: AP-GJ-RS-03	Tabla de Retención Documental	Versión: 3	Pág. 1 de 1
------------	------------------------	-------------------------------	------------	-------------

RESOLUCION NÚMERO **19215** DE

POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91289303 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otorguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **URIBE TELLEZ SERGIO MAURICIO. - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 91289303, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgo esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga a los


JUAN JOSE REY SERRANO
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Héctor Ariza – Director Administrativo
Aymer Alvarado – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó Yelitza Hernández – Profesional Especializado- Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C. *91*



Hace constar:

Que el Sr(a) HENRY LIZCANO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098696148 realizó el día 11/10/2021 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 HENRY LIZCANO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098696148 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
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HENRY LIZCANO RUIZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1098696148, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/09/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101019289697.

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de Septiembre de 2021.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

HENRY LIZCANO RUIZ

Identificado con CC 1098696148

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

Número:

24067774627

Fecha de apertura:

27 de Octubre de 2016

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 QUIEN PUEDA INTERESAR, el 15 del mes Septiembre de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4006747838

PÓLIZA No: 400 - 47 - 994000079870

ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
22 09 2021
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
22 09 2021
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **HENRY LIZCANO RUIZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1098.696.148**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 29-52 SAN ALONSO**

CIUDAD: **BUCARAMANGA, SANTANDER**

TELÉFONO: **6468036**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA

SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO

22/09/2021

18/04/2022

1,097,423.80

BENEFICIARIOS

NIT 899999034 - **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO No COL.PCCNTR.2871196 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA LA GESTIÓN DEL DESARROLLO CURRICULAR Y LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN LA RED ELECTRONICA Y AUTOMATIZACIÓN - AREA TEMATICA: AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL EN EL CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL, VIGENCIA 2021.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****1,097,423.80

VALOR PRIMA:
\$ *****16,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****9,000.00

IVA:
\$ *****4,750

TOTAL A PAGAR:
\$ *****29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO
EDDY SOLANGE ACUÑA VARGAS

CLAVE
9619

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO

%PART

VALOR ASEGURADO

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página www.solidaria.com.co servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.



FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000400674783



TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CAD8207E080BFB765C

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

NUMERO ELECTRONICO
PARA PAGOS

4006747838

COMPROBANTE DE PAGO INDIVIDUAL

SEÑOR USUARIO: ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO ÚNICAMENTE CON EL TIMBRE DE LA CAJA DEL BANCO O SUPERMERCADO.
NO ES UN RECIBO OFICIAL DE CAJA.

Agencia Exp: CABECERA	VALOR CARTERA A LA FECHA DE IMPRESIÓN:	DIA 22	MES 09	AÑO 2021
AG. RAM. POL.: 400 _47 _994000079870	\$ 29,750.00	FECHA DE IMPRESIÓN		
NOMBRE: LIZCANO RUIZ HENRY	IDENTIFICACIÓN: CC 1098.696.148			

FORMA DE PAGO	CHEQUE ☐	EFFECTIVO ☐	VALOR PAGADO
COD. BANCO	No. CHEQUE		\$

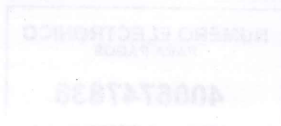


(415)7701861000019(8020)00000000007000400674783

PUNTOS DE PAGO		MEDIOS DE PAGO	* CORRESPONSALES DE RECAUDO	MONTO MÁXIMO
INTERNET (PSE-TC)	www.solidaria.com.co	Cuenta Corriente / Ahorros Tarjeta de Crédito	1) GRUPO ÉXITO	Carulla, Surtimax, Pomona y Almacenes Éxito \$9.999.999
RECAUDO VERDE	Banco de Bogotá Banco de occidente	Efectivo o cheque Presentando comprobante de pago desde su dispositivo móvil sin necesidad de imprimir.	2) LA 14	Supermercados \$9.999.999
TELÉFONO FIJO BOGOTÁ	(1) 3849444 - 6449949	Tarjeta de Crédito	3) MOVIRED	Tiendas y puntos autorizados \$1.500.000
BANCOS	Banco Davivienda convenio barras # 1040955 ó DNR # 1004050 (Ref. 1 No. de documento, Ref. 2 No. electrónico 10 dígitos)	Efectivo ó Cheque	4) RED VÍA BALOTO	Código de producto 959595 Convenio 6792 \$1.000.000
	Banco de Bogotá		5) EFECTY	Convenio No. 6792 y Número electrónico \$1.000.000
	Banco de Occidente		6) COLSUBSIDIO	Supermercados y Tiendas \$1.000.000
CAJEROS AUTOMÁTICOS	Red ATH	Tarjeta Débito ó Tarjeta Crédito	7) COPIDROGAS	Droguerías afiliadas \$ 300.000
CORRESPONSALES DE RECAUDO	Ver cuadro Corresponsales de Recaudo	Efectivo	8) OLÍMPICA	Donde hay puntos vía baloto Monto máximo \$1.000.000 Convenios No. 1040955 y/o 1004050 Referencia: Número electrónico para pagos
IMPORTANTE - Este comprobante es indispensable para pagos en bancos y corresponsales de recaudo. - No se reciben pagos mixtos (efectivo o cheque) - Para pagos en cheque, diligencie en el reverso del mismo: Nombre y apellido o razón social del tomador de la póliza, número electrónico para pagos y número telefónico. - Para pagos por medio de línea telefónica, baloto y por Internet (PSE-TC), se requiere del número electrónico para pagos. - La devolución de las primas a razón de la revocación de pólizas pagadas mediante tarjeta de crédito se realizará con cargo a la misma tarjeta, menos las deducciones aplicables al caso. - Para el pago de su póliza, tenga en cuenta las recomendaciones de seguridad de los canales dispuestos que pueden ser consultados en la página: www.aseguradorasolidaria.com.co/servicios-en-linea/multipago.aspx			9) ALKOSTO	
			10) FARMATODO	
			11) CONRED	LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE Línea Solidaria 018000 512021 gratis desde cualquier parte del país. 2916868 en Bogotá, #789 gratis desde celulares Claro, Tigo y Movistar
			12) PUNTORED	

* LOS CORRESPONSALES DE RECAUDO RECIBEN PAGOS PARCIALES.

- Cliente -



BANCO DE OCCIDENTE 92008 425
RECAUDO CODIGO BARRAS *****4903
14:19:35 2021/09/22 Normal 650
7701861000019 29,750.00 D
11937527 29,750.00 EF

***-**-

Referencial :
Referencia2 :
"COPIA"

RECIBO DE CAJA No. 400189119



AGENCIA CABECERA	TRANSACCIÓN Nro. 400344927	FECHA DE RECAUDO 22/09/2021	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR LIZCANO RUIZ HENRY			C.C o NIT 1098696148
TOMADOR PÓLIZA LIZCANO RUIZ HENRY			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000079870 - NRO. ELECTRÓNICO 4006747838			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS			VALOR RECIBO \$ 29,750.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000079870 - ANEXO 0 AGENCIA CABECERA, TOMADOR PÓLIZA: CC-1098696148 LIZCANO RUIZ HENRY . VALOR PAGADO \$ 29,750.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 400344927			


 FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: ACUÑA VARGAS EDDY SOLANGE