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 SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER
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	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**31 de Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**67720-610522**
No. de documento	**90327**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE MANTILLA NAVARRO	**C.C.**	91.214.529	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	jmantilla925@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**		24071831428	
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:	2455577/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**58621**	
Valor Total del Contrato	$ 32.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.000.000	**1**	**Del**	**26/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 666.666,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.333.334		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END, EN LA CONSTRUCCIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN VIRTUAL Y A DISTANCIA DEL SENA-PLAZO 8M V/M $4.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 666.666	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	**$ 666.666**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 305.750**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9418826348**
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	$ 101.917	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	305.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	407.666,00	
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	2.446,00	0,600%
-	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	**$ 664.220,00**	

SON: SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza las actividades asignadas y revisiones a través de trello
Se realizan todas las actividades asignadas para el desarrollo del programa: Promoción en la donación de sangre
Desarrollo del programa desarrollado y entregado de forma satisfactoria
Reunion a atraves de Skype con el fin de entregar las actividades asignadas para revisión

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.

JOSE MANTILLA NAVARRO
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,

RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
INSTRUCTOR

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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91214529		MANTILLA NAVARRO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 24 NO 2 63 VALENCIAS CITY	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6384512	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	16141390	9418826348	I	2021/05/10	2021/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	91214529	MANTILLA JOSE	230201	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91214529		MANTILLA NAVARRO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 24 NO 2 63 VALENCIAS CITY	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6384512	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	16141390	9418826348	I	2021/05/10	2021/04/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$259,000**	**$0**	**$0**	**$259,000**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14721405843

(415)7707212489984(8020) 000001472140584 3

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

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	91214529	1 9 7 9 0 9 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANTILLA	NAVARRO	JOSE	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 24 12 63 BRR CIUDAD VALENCIA

42. Correo electrónico: jomana41960@gmail.com

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

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
6 2 0 9	2 0 0 4 1 0 1 2						2 1 3 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2020 - 11 - 06 / 14 : 23: 36

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: Yosd Mantilla N.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ MORA LUZ STELLA

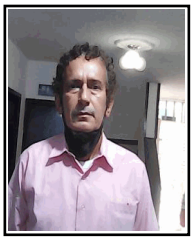
985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 06-11-2020 02:23:46PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 86.448

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	04 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	PARTICULAR
Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**

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

MANTILLA NAVARRO JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	60 AÑOS 6 MESES 16 DÍAS	CC	91214529
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DESARROLLADOR FRONDT

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
GLICEMIA	✓	EVALUCION FONOAUDIOLOGICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
----------	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CON EVALUACION VASCULAR PERIFERICA EJERCICIO FISICO / EMPLEO DE LOS EPP /CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL/ CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, CAPACITACION REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL/ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -19 /EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

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	Aspirante o Trabajador
Firma: RICARDO SOLANO ARAQUE Especialista en S.O. RM 9654, LS0 23946	**Firma:** Jose Mantilla N.
Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO	**Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE
R. M.: 9654 **L.S.O.:** 11412	**CC:** 91214529

INFORME CONFIDENCIAL

EMPRESA: PARTICULAR

1. Datos Personales	
Nombres y Apellidos: MANTILLA NAVARRO JOSE	
Identificación: C.C.Nº: 91214529	**Edad:** 60 AÑOS
Fecha de Evaluación: ABRIL 20 DE 2021	
Nivel de Escolaridad: UNIVERSITARIO	
Sexo: MASCULINO	
Dirección: CALLE 24 # 12 -63	

2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica **- 16PF5:** Prueba Objetiva de Personalidad
Los resultados de las pruebas, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar las pruebas. A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

El señor Jose, posee buen funcionamiento intelectual de planificación, juicio y actitudes organizativas, se observa cierta flexibilidad, tiene sentido común y criterio práctico, y posee buena capacidad de argumentación. Su pensamiento se adecua a la realidad compartida.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

El evaluado se exterioriza como una persona que mantiene bajo control las emociones y los impulsos, aunque por momentos deja al descubierto cierta falta de flexibilidad para reaccionar ante los cambios, estar abierto y bien dispuesto para las ideas y los enfoques novedosos y la nueva información. En general se percibe emocionalmente estable.

AREA RELACIONAL

En el área relacional muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Enérgico y habituado a iniciar nuevos vínculos se da a conocer progresivamente.

3. CONCEPTO

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: El evaluado se muestra racional, cooperador y autosuficiente. Con respecto a la motivación, esta pronto a alinearse con los objetivos de un grupo u organización. Buscará espacios profesionales que le permitan desplegar su potencial y ansias de crecimiento.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

CUADRO RESUMEN COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES

	EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA	DECATIPO										EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
A	FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE,					X						CALIDA, AFABLE, GENEROSA
B	DE PENSAMIENTO CONCRETO						X					DE PENSAMIENTO ABSTRACTO
C	REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE				X							EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA.
E	COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS					X						DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA
F	SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE								X			ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA
G	DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE						X					ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE.
H	TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA					X						EMPRENDEDORA, ATREVIDA YSEGURA EN LO SOCIAL
I	OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL					X						SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA
L	CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA								X			VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA.
M	PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA						X					ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA
N	ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA							X				PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA
O	SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA					X						APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA
Q1	TRADICIONAL, CONSERVADORA,					X						ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA.
Q2	SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO								X			AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA
Q3	FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN						X					PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA
Q4	AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA						X					TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE

ELABORADO POR:



Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
Psicólogo Reg.121503
Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246 **FIRMA**:

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 20/04/2021

CC: 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Fecha de Nacimiento:** 04/10/1960 **Edad:** 60 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CALLE 24 # 12 -63 **Teléfono:** **Celular:** 3175581412

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	200	< 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	39	> 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	78	< 150 mg/dl
COLESTEROL LDL	145	< 100 mg/dl
COLESTEROL VLDL	16	< 80 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: T.P 02972/08

Paciente

Firma:

Nombre: MANTILLA NAVARRO JOSE
CC: 91214529

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 20/04/2021

CC: 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Fecha de Nacimiento:** 04/10/1960 **Edad:** 60 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CALLE 24 # 12 -63 **Teléfono:** **Celular:** 3175581412

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

RESULTADO DE PARCIAL DE ORINA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
ANALISIS FISICO		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	
DENSIDAD	1020	
Ph	6.0	
ANALISIS QUIMICO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu / uL
NITRITOS	NEGATIVO	Positivo/Negativo
PROTEINAS	+	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl

CETONAS	NEGATIVO	mg/dl
UROBILINOGENOS	NEGATIVO	mg/dl
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dl
ERITROCITOS	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	mg/dl
ANALISIS MICROSCOPICO		
CELULAS EPITELIALES ALTAS		XCampo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	1-2	XCampo
LEUCOCITOS	0-2	XCampo
HEMATIES	0-1	XCampo
BACTERIAS	ESCASAS	XCampo
MOCO	+	XCampo
LEVADURA		XCampo
PIOCITOS		XCampo
ESPERMATOZOIDES		XCampo
CRISTALES URATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES FOSFATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES OXALATO DE CALCIO		XCampo
CRISTALES FOSFATOS TRIPLE		XCampo
CRISTALES ACIDO URICO		XCampo
OBSERVACION		

Bacteriólogo		Paciente	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY	**Nombre:**	MANTILLA NAVARRO JOSE
RM:	T.P 02972/08	**CC:**	91214529

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 20/04/2021

CC: 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Fecha de Nacimiento:** 04/10/1960 **Edad:** 60 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CALLE 24 # 12 -63 **Teléfono:** **Celular:** 3175581412

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
GLICEMIA	95	70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

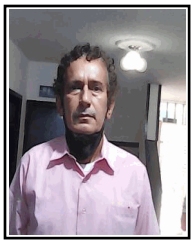
Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: T.P 02972/08

Paciente

Firma:

Nombre: MANTILLA NAVARRO JOSE
CC: 91214529

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 74,468

Fecha: 20/04/2021 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Edad:** 60 AÑOS 6
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** DESARROLLADOR FRONDT **Empresa:** PARTICULAR
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** HACE 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** INGRESO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 70	2M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 70	2M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 70	2M	N/A	NO FORMULADAS	N/A	N/A

RETINOSCOPIA

O.D: **+2.50**	+2.50	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD	+3.00
O.I: **+2.50**	+2.50	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD	+3.00

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL 14 LAMINAS CORRECTAS**

ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO**

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **PINGUECULA NASAL AO**

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **VL Y VP X**

OFTALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**

O.I: **FOAN**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H520	HIPERMETROPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS. VALORACIÓN OPTOMETRIA PARA DAR RX OPTICA

OPTOMETRA

Zully Sanchez

Firma:
Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA
R. M.: 1369 **L.S.O.:**

PACIENTE

Firma:
Nombre: MANTILLA NAVARRO JOSE
CC: 91214529

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 20/04/2021

CC: 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Fecha de Nacimiento:** 04/10/1960 **Edad:** 60 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CALLE 24 # 12 -63 **Teléfono:** **Celular:** 3175581412

Nombre de la Empresa: PARTICULARES **Empresa en Misión:** PARTICULAR

Nombre del Acudiente: M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMATICO TIPO IV	VALOR	VALOR REFERENCIA
RECUENTO GLOBULOS BLANCOS	4.73	5 - 11 10^9/L
HEMATOCRITO	42.78	34 – 54 %
HEMOGLOBINA	14.6	11.5 – 17.3 g/dl
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	4.76	3.8 – 5.8 10^12/L
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90	84 – 98 fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.7	27.5 – 32.4 pg
PLAQUETAS	207	156 – 342 10^9/L
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.5	8.3 – 12 fl
GRANULOUCITOS %	59.9	43.6 – 73.4 %
LINFOCITOS %	34.5	19.1 – 48 %

MIXTAS %	5.6	4.5 – 12. 1 %

Bacteriólogo

Firma: 

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: T.P 02972/08

Paciente

Firma: 

Nombre: MANTILLA NAVARRO JOSE
CC: 91214529

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

M.T.S.

VALORACION FONOADIOLOGICA

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: Jose Mantilla Navarro	Identificacion 9121 4529	Fecha: 2021/04/21
Tipo de Examen: Fonoaudiologico VOZ		Edad: 60a Empresa:

II. EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOARTICULADORES:

Labios ✓ Lengua ✓ Dientes X Paladar Duro: ✓ Paladar Blando ✓ Uvula ✓ Maxilares ✓

ARTICULACION: Adecuada ✓ Inadecuada:_____

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION:

Modo: Nasal : ✓ Bucal :_____ Mixto: _____

Tipo: Cavicular: _____ Abdominal_____ Costodiafragmatico:_____

Frecuencia: Hombre (16-18) ✓ Mujer (18-20)_____

RESONANCIA:

Normal: ✓ Hipernasalidad:_____ Hiponasalidad:_____

FONACION:

Intensidad: Normal ✓ Aumentada:_____ Disminuida_____

Tono: Normal: ✓ Bajo:_____ Alto: _____ Monotono _____

Timbre: Normal: ✓ Disfonico:_____ Nasalizado: _____

Coordianacion Fonorespiratoria : Adecuada ✓ Inadecuada:_____

Tiempo de Fonacion: 25 segundos

PROSODIA

Ritmo: Normal ✓ Bradilalico_____ Taquilalico_____

Entonacion y Acentuacion: Adecuada ✓ Inadecuada_____

AUDICION: Normal_____ Alterada_____

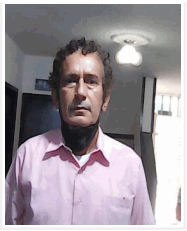
OTOSCOPIA: OD ✓ OI Tapon de Cerumen Total

Diagnostico: Coordinación fonorespiratoria adecuada en parametros normales

Unaffa D.
FONOAUDIOLOGO

J. Mantilla N.
PACIENTE

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 72257**

Fecha: 20/04/2021 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**
CC: 91214529 **Nombre:** MANTILLA NAVARRO JOSE **Edad:** 60 AÑOS 6 M **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 04/10/1960 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** DESARROLLADOR FRONDT

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

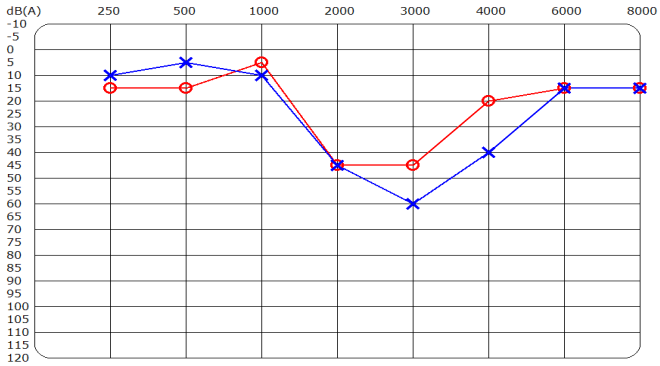
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 6 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 42 **F. Ultima Calibración:** 2020-11-04

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE DESPEJADO MT INT
Oído izquierdo: TAPÓN DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	5	45	45	20	15	15
VAOI	10	5	10	45	60	40	15	15

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Leve(25 - 40 dB) **Oído izquierdo:** Leve(25 - 40 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
LIMPIEZA AUDITIVA	
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA	
LAVADO AUDITIVO OIDO DERECHO	
LAVADO AUDITIVO OIDO IZQUIERDO	
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS	

Observaciones

OD. HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA QUE COMPROMETE LAS FRECUENCIAS DE 2000 Y 3000HZ CON CAIDAS AUDITIVAS LEVES
OI. HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA QUE COMPROMETE LAS FRECUENCIAS DE 2000 ,3000HZ Y 4000HZ CON CAIDAS AUDITIVAS DE LEVES A MODERADAS

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: DELGADO BAUTISTA LINA MARIA
R. M.: 15-03167 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MANTILLA NAVARRO JOSE
CC 91214529

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE MANTILLA NAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91214529 realizó el día 13/05/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) JOSE MANTILLA NAVARRO identificado con CC 91214529 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **01/10/2016**

IPS Cotizante: **U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A. - FOSCAL FLORIDABLANCA-TR2**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
JUAN JOSE MANTILLA ESTEVEZ	TI 1095791533	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A. - FOSCAL FLORIDABLANCA-TR2	BENEFICIARIO	01/05/2019	ACTIVO
NUBIA MARCELA MANTILLA ESTEVEZ	CC 1007715534	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A. - FOSCAL FLORIDABLANCA-TR2	BENEFICIARIO	01/08/2019	CANCELADO
LUZ DARY ESTEVEZ BADILLO	CC 37723260	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A. - FOSCAL FLORIDABLANCA-TR2	BENEFICIARIO	01/10/2016	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de abril del año 2021 .

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

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MANTILLA NAVARRO JOSE** identificado(a) con **CC** número **91.214.529** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de abril de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021042115485

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JOSE - MANTILLA NAVARRO Identificado con CC91214529

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0502 CABECERA DEL LLANO, con las siguientes caracteristicas:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	24071831428
Fecha de Apertura	:	14 de marzo de 2017
Condiciones de Manejo	:	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
Realizada en la oficina 0519 CANAVERAL de la ciudad de FLORIDABLANCA, el día viernes, 16 de abril de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
E8L5C5E1 - ELIDA ANDREA LEAL CAMARGO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario
VIGILADO

Scanned with CamScanner

POSITIVA

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

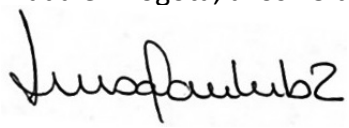
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JOSE MANTILLA NAVARRO, con Cédula Ciudadanía No. 91214529 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 27/04/2021 y fecha fin de contrato 30/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202101015149006.

Dada en Bogotá, a los 13 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Floridablanca, abril 30 de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Floridablanca

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49.849.800)
e. Por el año gravable 2020, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Floridablanca, 30 de abril de 2021



JOSE MANTILLA NAVARRO
Nombre y firma del contratista
CC. 91214529 de Bucaramanga
Contrato No. CO1.PCCNTR. 2455577 **de 2021 - CIDM**

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
BARRANCABERMEJA	AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA	56	56-44-101000215	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
23	04	2021	26	04	2021	00:00	25	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MANTILLA NAVARRO, JOSE		CC: 91.214.529
DIRECCIÓN: CALLE 24 N. 12-63 CIUDAD VALENCIA	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER	TELÉFONO:	3217138202

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT:	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL SANTANDER		899.999.034-1
DIRECCIÓN: Km. 6 Via FLORIDABLANCA NO. 50.33 CENTRO INDUS. DEL DISEÑO	CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER	TELÉFONO	6806000
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:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUCIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO EN DESARROLLO DEL CONTRATO NUMERO CO1.PCCNTR.2455577 REFERENTE A: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION DE CARACTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END, EN LA CONSTRUCCION DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS DE FORMACION VIRTUAL Y A DISTANCIA DEL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/04/2021	25/04/2022	$3,200,000.00

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	$ ********3,200,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PAOLA ALEXANDRA CALA PARRA	153501	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 12 NO. 49 A 19 - TELEFONO: 6021300 - BARRANCABERMEJA

56-44-101000215

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS

EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**,** LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

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
BARRANCABERMEJA	AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA	56	56-44-101000215	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
23	04	2021	26	04	2021	00:00	25	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MANTILLA NAVARRO, JOSE		CC: 91.214.529
DIRECCIÓN: CALLE 24 N. 12-63 CIUDAD VALENCIA	CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER	TELÉFONO:	3217138202

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL SANTANDER		
DIRECCIÓN: Km. 6 Via FLORIDABLANCA NO. 50.33 CENTRO INDUS. DEL DISEÑO	CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER	TELÉFONO	6806000

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movi Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · GANGA · CA

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	$ ********3,200,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART	VALOR ASEGURADO
PAOLA ALEXANDRA CALA PARRA	153501	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 12 NO. 49 A 19 - TELEFONO: 6021300 - BARRANCABERMEJA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 1102040001179 1 (3900) 000000033320 (96) 20220426

REFERENCIA PAGO: 1102040001179-1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Scanned with CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670029110 61

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000029110612

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
23/04/2021 06:34p.m.

RECIBIMOS DE: MANTILLA NAVARRO JOSE — CC. 91.214.529

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101000215

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA BARRANCABERMEJA-44-101000215-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0002911061

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

4/23/2021 6:36:47PM

172.16.10.23

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Floridablanca, abril 30 de 2021

Señor(a)
RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.2455577 **de 2021**
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
Floridablanca

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes de abril del año 2021

Referencia: No . 2455577 de 2021

Jose mantilla Navarro , identificado con la cédula de ciudadanía No.91214529 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro Industrial del Diseño y la Manufactura, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es de **treinta y dos millones pesos mcte ($32.000.000).** Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago proporcional al tiempo ejecutado a partir del inicio dispuesto en secop ii b) pagos iguales mensuales por valor de **cuatro millones de pesos mcte ($4.000.000)** cada uno. c) un pago final proporcional al tiempo restante de la duración del contrato.Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros **CAJA SOCIAL número 24071831428** cuyo titular es la Contratista, PARAGRAFO PRIMERO: el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes.

Plazo: Será hasta el 25 de diciembre de 2021.

OBJETO:
Prestar los servicios profesionales a la gestión de carácter temporal como Desarrollador Front End, en la construcción de los recursos educativos digitales de los programas de formación virtual y a distancia del SENA.

Obligaciones Especificas

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	1.Realizar la maquetación de contenidos en formato HTML asociados a un componente formativo en la plantilla de	No se realizo actividad en este mes	
2	Realizar el desarrollo y montaje en HTML5, CSS y Javascript de	Desarrollo en html5 del recurso información del programa	Se adjunta evidencia

	las actividades didácticas y/o los recursos interactivos asociados a un programa de formación, según el plan de trabajo mensual asignado, atendiendo las orientaciones y lineamientos institucionales definidos.	Implementación de buenas prácticas en la producción agrícola	
3	Desarrollar plantillas y componentes web reutilizables, usando HTML5, CSS y Javascript, que permitan optimizar tiempos de desarrollo en la construcción de nuevos recursos educativos digitales.	Desarrollo en html5 del recurso información del programa	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación
4	Realizar la vinculación técnica de los recursos digitales en la plataforma LMS asociados a un programa de formación, teniendo en cuenta los lineamientos institucionales establecidos.	No se genero esta actividad	
5	Validar la información y realizar pruebas de funcionalidad de los recursos educativos digitales asignados, en el ambiente de producción (repositorio local), mediante la aplicación de listas de chequeo según los lineamientos aprobados y realizar la retroalimentación a los autores, para los ajustes respectivos con el objetivo de verificar el cumplimiento de estándares de calidad.	Se realiza las actividades asignadas y revisiones a través de trello	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación
6	Generar el paquete de entrega de un programa de formación para los gestores de repositorio, incluyendo los archivos fuentes y ejecutables de los recursos y el registro de inventario de imágenes, PDFs, OVAs, videos etc teniendo en cuenta las orientaciones y los lineamientos institucionales	Se realizan todas las actividades asignadas para el desarrollo del programa: Promoción en la donación de sangre	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación

	establecidos, según el plan de trabajo mensual asignado.		
7	Resolver los requerimientos de ajustes que se determinen en la revisión de los recursos didácticos elaborados.	No se resolvioeron requerimientos	
8	Entregar los productos asignados, revisados y corregidos, dentro de los tiempos previstos en el cronograma de trabajo establecido por el responsable del equipo.	Desarrollo del programa desarrollado y entregado de forma satisfactoria	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación
9	Participar en las reuniones virtuales de distribución y asignación de tareas al equipo de diseño y desarrollo de recursos educativos digitales.	Reunion a atraves de Skype con el fin de entregar las actividades asignadas para revisión	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación
10	Presentar informes de actividades y demás documentos requeridos, a fin de entregar avances de las responsabilidades asignadas en coherencia con el plan operativo establecido y los cronogramas de trabajo	Se presenta e informe mensual de actividades	
11	Asistir a las reuniones y demás jornadas virtuales que se adelanten o sean requeridas desde la Dirección de Formación Profesional de la Dirección General	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación	Se asisitio a reuniones virtuales de capacitación

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	No se realizaron desplazamientos			
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 9418826348 de la planilla **SOI** del mes de **abril** de 2021. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "*Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencia en ( ) folios

Cordialmente,



Firma
Jose mantilla navarro
Contratista
C.C. No.91.214.529 de Bucaramanga

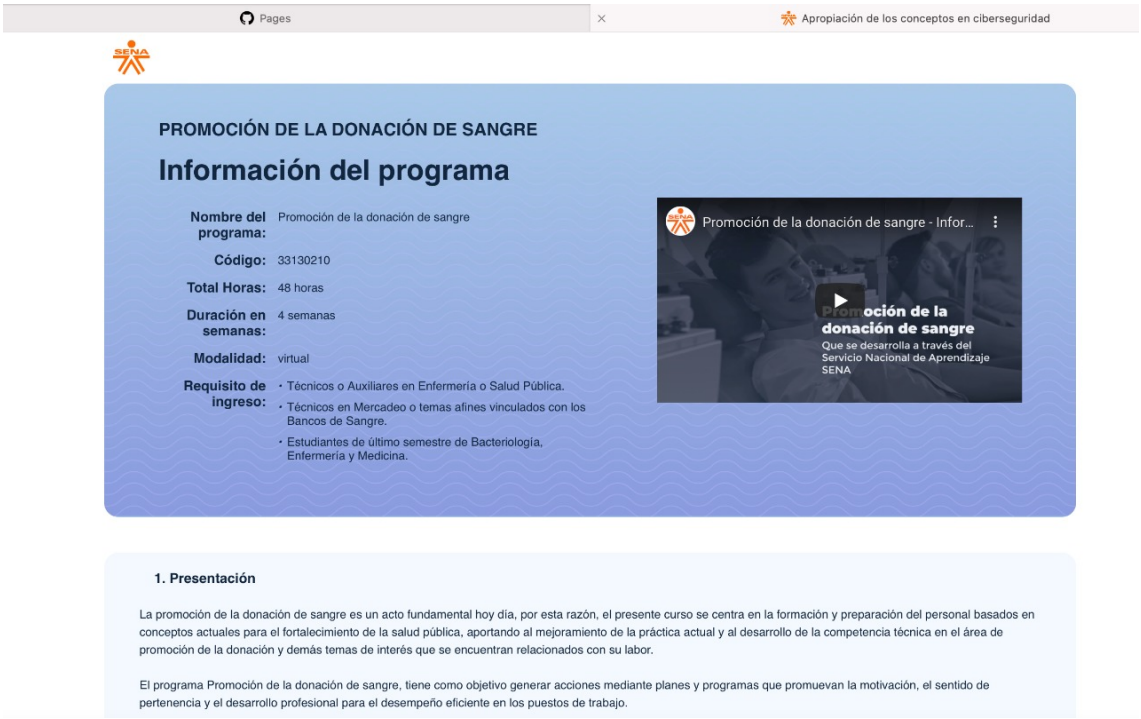
Recibí a satisfacción:



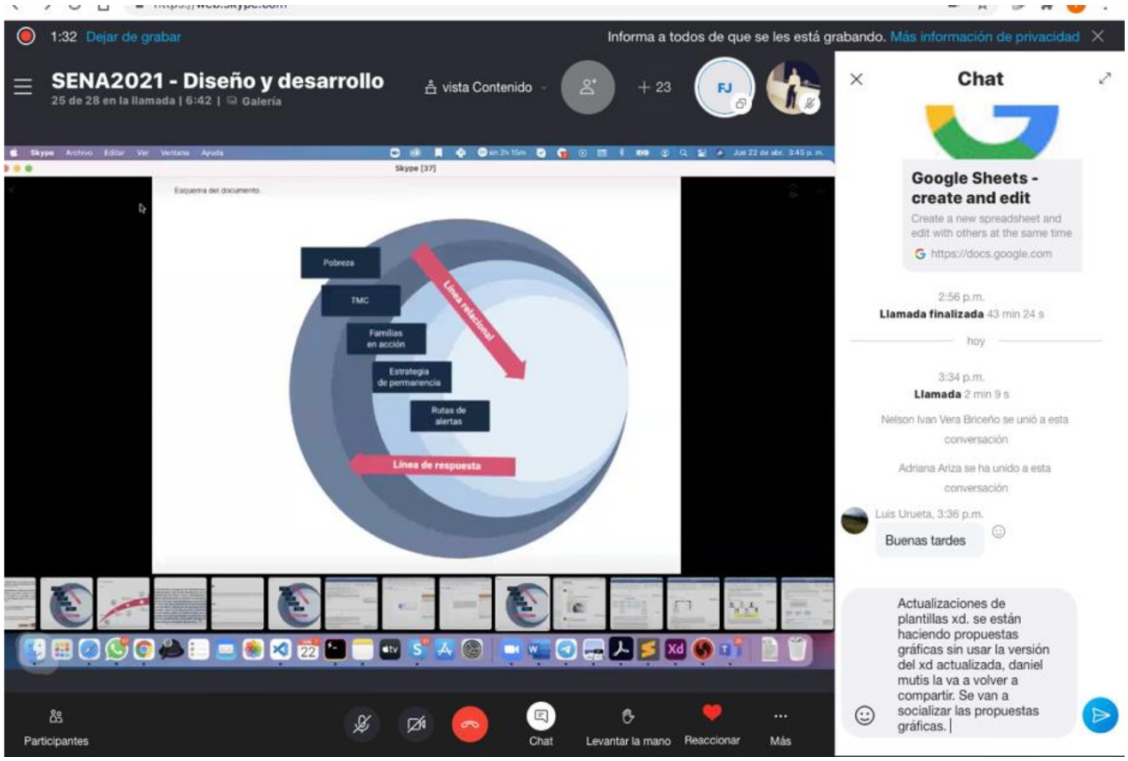
Firma
RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
Supervisor Contrato No. CO1.PCCNTR.2455577 de 2021
Coordinadora de Formación del CIDM

EVIDENCIAS DOCUMENTALES PERIODO COMRENDIDO ENTRE EL 26 DE ABRIL Y EL 30 DE ABRIL DE 2021.

Se realiza las actividades asignadas y revisiones a través de trello.



2. se realizan todas las actividades asignadas para el desarrollo del programa: Promoción en la donación de sangre.



3.Desarrollo del programa desarrollado y entregado de forma satisfactoria.

4. Asistí a todas las reuniones convocadas por el responsable del equipo

evidencia: minuta de actas: https://drive.google.com/drive/u/4/folders/13UmKMxqz-rdLhTEJj8Groyb-i4trQHzD



JOSE MANTILLA NAVARRO
C.C. 91214529 DE BUCARAMANGA
CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.2455577 de 2021**