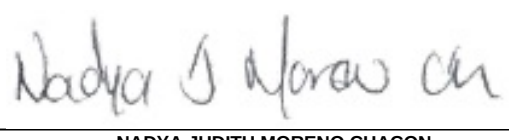


 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL SANTANDER</p> <p align="center">CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional 68</p> <p>Código Centro 954110</p> <p>Fecha Elaboración 31 de Mayo de 2021</p> <p>Versión ENERO 2021 - 1,21</p> <p>ID de Proceso 26719-075887</p> <p>No. de documento 108520</p>
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>		
	<p>Nombres y apellidos contratista: NADYA JUDITH MORENO CHACON</p> <p>Correo electrónico contratista: njmoreno6@misena.edu.co</p>		<p>C.C. 37.947.696</p> <p>IP/N° de contacto 3105518415</p>
	<p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ SI Es declarante de renta? ☐ NO Es Pensionado? ☐ NO</p> <p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO Inducción SST ☒ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI</p>		
	<p>Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA</p> <p>Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 09000042487</p>		<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO</p> <p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>N° del contrato: 2511085/2021</p>		<p>N° Compromiso SIIF 70821</p>	
<p>Valor Total del Contrato \$ 27.950.000</p> <p>Saldo Anterior del Contrato \$ 27.950.000</p> <p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 25.740.000</p>		<p>Periodo objeto de pago</p> <p>Del 14/05/2021 Al 31/05/2021</p> <p>Comisiones \$ 0,00</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>		<p>Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o virtualización en el área de apoyo administrativo en salud, en los diferentes programas que atiende el centro agroturístico regional santander</p>	
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ingresos por honorarios \$ 2.210.000</p> <p>Ingresos por comisiones \$ 0</p> <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0</p> <p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.210.000</p> <p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.297.500</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0%</p> <p>Retención en la Fuente del Periodo \$ 0</p> <p>Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0</p> <p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>			
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Mayo 9418997951</p>	<p>Abril 9418997951</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 908.526</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 113.600</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 145.400</p> <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -</p> <p>ARL \$ 9.500</p> <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -</p> <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -</p> <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064 \$ -</p> <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800 \$ -</p> <p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Dependientes hasta \$ 1.161.856 \$ 221.000</p> <p>Salud hasta \$ 580.928 \$ -</p> <p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920 \$ 432.500</p> <p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>		<p>Valor Base retención en la fuente 1.297.500,00</p> <p>Valor Base retención en la fuente ICA 1.951.000,00</p> <p>Valor base IVA 0,00</p> <p>IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%</p> <p>Menos Retención en la Fuente 0,00 0%</p> <p>Menos Retención IVA 0,00 0%</p> <p>Reteica - 8299 0,00</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Descuentos de Libranza 0,00</p> <p>Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00</p> <p>VALOR A PAGAR \$ 2.210.000,00</p>	
<p align="center">SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE</p>			
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ficha: 2281873 Programa: Apoyo Administrativo En Salud Fecha Inicio: 14-05-2021 Fecha Fin: 31-05-2021 Horas:55</p> <p>ficha 1792960 Negociación Internacional Fecha inicio: 27-05-2021 Fecha Fin: 27-05-2021 Horas: 2</p> <p>ficha 1792960 Negociación Internacional Fecha inicio: 27-05-2021 Fecha Fin: 27-05-2021 Horas: 2</p> <p>Ficha 1565372 Negociación Internacional Fecha inicio: 25-05-2021 Fecha Fin: 25-05-2021 Horas: 2</p> <p>Ficha 1565178 Gestión De Mercados Fecha inicio: 24-05-2021 Fecha Fin: 24-05-2021 Horas: 2</p> <p>Ficha 1565179 Gestión De Mercados Fecha inicio: 21-05-2021 Fecha Fin: 21-05-2021 Horas: 2 Total de horas: 83</p>			
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>		<p align="center"></p> <p align="center">NADYA JUDITH MORENO CHACON EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>			
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>		<p align="center">Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p align="center">LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA INSTRUCTOR G20</p>	
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>			
<p align="center">TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</p>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37947696		MORENO CHACON NADYA JUDHIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 35 99-48	BUCAMANGA-SANTANDER	6980000	No

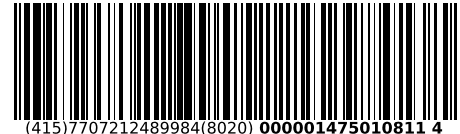
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	89632332	9418997951	I	2021/05/25	2021/04/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$556,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288,000	\$0	\$0	\$288,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$288,000	\$0	\$0	\$288,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,900	\$0	\$0	\$43,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$43,900	\$0	\$0	\$43,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$225,000	\$0	\$0	\$225,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$225,000	\$0	\$0	\$225,000	
TOTAL				1	\$556,900	\$0	\$0	\$556,900	

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14750108114



(415)7707212489984(8020) 000001475010811 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 7 9 4 7 6 9 6

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

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 7 9 4 7 6 9 6

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 1 1, 2 4

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Socorro

7 5 5

31. Primer apellido

MORENO

32. Segundo apellido

CHACON

33. Primer nombre

NADYA

34. Otros nombres

JUDHIT

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 94 48 42 CA 75 CONJ NUEVA SANTA BARBARA

42. Correo electrónico

nadiecita1807@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 5 5 1 8 4 1 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0, 0 8, 0 8

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 0, 0 8, 0 1

Otras actividades

1

2

7 4 9 0

7 0 2 0

Ocupación

51. Código

2 2 2 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5** **4** **9** **5** **2**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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:

0

61. Fecha

2021 - 03 - 29 / 15 : 31: 52

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

**DR LEONARDO AGUILAR GALVIS**

NIT: 91106799-3

CONTACTOS

3178702891
agUILARleonardo17@gmail.com
Carrera 15 No. 15 - 39
Socorro (Santander)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL**PACIENTE:** NADYA JUDITH MORENO CHACON**NÚMERO HIJOS:** 2**ESTRATO:** 2**GÉNERO:** Femenino**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 37947696**FECHA NACIMIENTO:** 18/07/1979**EDAD:** 41 año(s) 9 mes(es)
24 día(s)**EMPRESA CONTRATANTE:** SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**TIPO EXAMEN:** Ingreso**CARGO DESEMPEÑAR:** INSTRUCTOR**JORNADA TRABAJO:** Diurno**FECHA:** 12/05/2021**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

1. RECOMENDACIONES GENERALES			Ninguna
1.1. Remisión a EPS	1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	1.7. Control de peso y nutrición
1.2. Continuar manejo médico	X 1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			Ninguna
2.1. Calificación de origen	2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X 2.7. Pausas activas	X 2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X 2.5. Uso de elementos de protección personal	2.8. Uso de corrección visual	2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	X 2.6. Pautas ergonómicas		

3. RESTRICCIONES			X No Aplica
3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehículos	3.11. Viajes
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO			
Tipo Examen: <u>X</u> Ingreso <u> </u> Periódico <u> </u> Retiro <u> </u> Post Incapacidad <u> </u> Cambio Cargo <u> </u> Trabajos Especiales			
X Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS					
Examen Físico	Rx Tórax	X Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faríngeo	
X Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas	
Audiometría	X Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico	
Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscofia	
Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Evaluación Neuropsicológica	
Visiometría	Parcial de Orina	Espermograma	Colinesterasa	Otro	

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Examen físico con énfasis osteomuscular, cardio cerebro vascular y de equilibrio dentro de parámetros normales, examen de ingreso sin restricción, paciente sin patología evidente en el momento. Se educa en estilos de vida saludable, ritmo de sueño saludable, dieta balanceada, ejercicios de la mente y actividad física 300 minutos a la semana, auto cuidado y reporte de condiciones de salud especialmente respiratorias y condiciones de riesgo. Se educa en bioseguridad (distanciamiento social 2 mts, higiene de manos cada 2 horas, uso de tapabocas). Se educa en pyp (vacunación, desparasitación). Tiene laboratorios clínicos complementarios dentro de parámetros normales.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

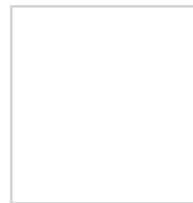
FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Leonardo Aguilar Galvis
Esp. S.O. L. SST 024646 del 2015
Médico y Cirujano, UIS RM 1282-96

PACIENTE: *Nadya Judith Moreno Chacon*



Código de Seguridad
S914Y33E613



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 613

Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)

Fecha y Hora: jueves, 13 de mayo de 2021 08:21:06 a.m.

Nombres y Apellidos: MORENO CHACON NADIA JUDHIT

CC: 37947696 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 18/07/1979 **Edad:** 41 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

HEPATITIS B: Ac. contra el Ag. de Sup (Anti-AgHBs)

Anticuerpos contra el antígeno de superficie de la Hepatitis B

5.1 mIU/ml

POSITIVO Mayor de 10 mIU/ml

NEGATIVO Menor de 10 mIU/ml

Los resultados inferiores a 20 mIU/ml se consideran clínicamente No protegidos contra la infección del VHB.

Andrea Niño Vargas

Bacteriólogo(a) RP: 1100959884

Bacteriólogo(a) TP 10077924

Identificación: 37947696	Nombres : NADYA JUDITH MORENO CHACON	Sexo : Femenino
Edad : 41 Años	Empresa: PARTICULARES	Factura : FH4593965
Fecha : 12/05/2021 09:17	Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL	
	Especialidad : OPTOMETRIA	

Datos de la Consulta

● MOTIVO DE CONSULTA
VALORACION

● ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE ASISTE A VALORACION DE MANERA ASINTOMATICA.

● ANTECEDENTES
<> PERSONALES
-Patológicos :NEFRITIS POR AINES
-Quirúrgicos :APENDICECTOMIA, CESAREA X CIRCULAR DE CORDON
AMENAZAS DE PARTO PRETERMINO
-Alérgicos :AINES
-Transfusionales :-
-Ginecológicos:G2C1FUR 18/12/2011-G2P0A0C1
-Farmacológicos :ACIDO FOLICO, SULFATO FERROSO, CALCIO
-Inmunológicos:-
-Tóxicos :-
-Trauma :-
-Prenatales :-
<> EPIDEMIOLOGICOS

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Identificación: 37947696	Nombres : NADYA JUDITH MORENO CHACON	Sexo : Femenino
Edad : 41 Años	Empresa : PARTICULARES	Factura: FH4593970
Fecha : 11/05/2021 11:13	Sala Especial : -	
	Servicio : Consulta Externa	

- FECHA-HORA: 11/05/2021-11:13
- PROCEDIMIENTO:
AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]
- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
SE SOCIALIZA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN COLOMBIA, PACIENTE REFIERE ESTAR BIEN Y ACEPTAR. ASISTE CON TAPABOCAS, AL EXAMEN EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CRONOLÓGICA QUE ASISTE A EXAMEN DE OIDO

OTOSCOPIA
OD: MT INTEGRAL CAE DESPEJADO
OI: MT INTEGRAL CAE DESPEJADO

AUDIOMETRIA TONAL
OD: AUDICION NORMAL
OI: AUDICION NORMAL

PTA OD 10 DBS PTA OI 10 DBS

Fin del Documento



Firmada Electrónicamente por: MARTHA NUBIA CASTANEDA CARRENO-Especialidad:FONOAUDIOLOGIA O TERAPIA DEL LENGUAJE
Registro Médico 03183

-
<> FAMILIARES
-

● EXÁMEN FÍSICO ESPECIALIZADO

AV SC

OD 20/20

OI 20/20

VP 20/20 AO

RX

OD + 0.25 SPH AV 20/20

OI + 0.25 SPH AV 20/20

MOTOR: ORTOFORIA

PPC: 8 CMS

SEGMENTO EXT Y ANT: PINGÜECULA NASAL OD, OI SANO

FONDO DE OJO:

OD EXCAVACION 0,3

OI EXCAVACION 0,3 - Frecuencia Cardiaca: 0 Lpm - Frecuencia Respiratoria: 0 x min

● REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza y Cuello: Niega Sintomas

Sistema Nervioso: Niega Sintomas

Sistema Endocrino: Niega Sintomas

Sistema Circulatorio: Niega Sintomas

Sistema Respiratorio : Niega Sintomas

Sistema Digestivo: Niega Sintomas

Sistema Genitourinario: Niega Sintomas
Sistema Musculo-Esquelético: Niega Sintomas
Sistema Tegumentario: Niega Sintomas

- ANALISIS

PACIENTE EN BUEN ESTADO VISUAL AQ

- DIAGNOSTICO

H118-OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA CONJUNTIVA

Relacionado 1:-

Relacionado 2:-

Relacionado 3:-

- PROCEDIMIENTOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS

NO SE DA RX OPTICA

CITA EN 8 MESES

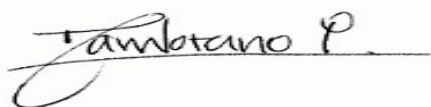
- MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Hiprolub 0.3% Solución Oftálmica Cantidad: 1 Via: Oftálmica Frecuencia: APLICAR CADA 6 HORAS EN AO

- RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales, mantener un peso adecuado, dieta rica en fibra de verduras, frutas y proteínas. Disminución de azúcares y sal, baja en grasas especialmente saturadas. Ambientales, estilos de vida saludables, abundante hidratación con agua diaria, actividad física indicada. Ante signos y síntomas de alarma (dolor en el pecho intenso que se irradia a cuello y brazo izquierdo, sensación de ahogo, desmayo, cefalea intensa acompañado de visión borrosa, debilidad y/o vómito, acudir a urgencias).

Fin del Documento



Firmada Electrónicamente por: NOHORA ZAMBRANO PINILLA Esp.Méd: OPTOMETRIA
Registro Médico 11614

Identificación: 37947696	Nombres : NADYA JUDITH MORENO CHACON	Sexo : Femenino
Edad : 41 Años	Empresa: PARTICULARES	Factura : FH4593963
Fecha : 11/05/2021 08:37	Causa Externa : OTRA	
	Especialidad : PSICOLOGIA	

Datos de la Consulta

● MOTIVO DE CONSULTA
"ES UN EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL QUE SOLICITA LA VALORACION"

● ENFERMEDAD ACTUAL
ENTREVISTA CLINICA PARA IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

● ANTECEDENTES
<> PERSONALES
-Patológicos :NEFRITIS POR AINES
-Quirúrgicos :APENDICECTOMIA, CESAREA X CIRCULAR DE CORDON
AMENAZAS DE PARTO PRETERMINO
-Alérgicos :AINES
-Transfusionales :-
-Ginecológicos:G2C1FUR 18/12/2011-G2P0A0C1
-Farmacológicos :ACIDO FOLICO, SULFATO FERROSO, CALCIO
-Inmunológicos:-
-Tóxicos :-
-Trauma :-
-Prenatales :-
<> EPIDEMIOLOGICOS

INDICA BUENA RELACION CON SUS COMPAÑEROS, ADECUADO RENDIMIENTO.

A NIVEL EMOCIONAL REFIERE ESTADO DE ANIMO ADECUADO, PREOCUPACION POR LA PANDEMIA COVID19, BUEN PATRON ALIMENTICIO Y DE SUEÑO.

IMPRESION DX:

NO SE IDENTIFICAN ALTERACIONES O PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA PACIENTE

- DIAGNOSTICO

Z133-EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Relacionado 1:-

Relacionado 2:-

Relacionado 3:-

- PROCEDIMIENTOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS

ENTREVISTA CLINICA INICIAL

- MEDICAMENTOS PRESCRITOS

NO REQUIERE

- RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales, mantener un peso adecuado, dieta rica en fibra de verduras, frutas y proteínas. Disminución de azúcares y sal, baja en grasas especialmente saturadas. Ambientales, estilos de vida saludables, abundante hidratación con agua diaria, actividad física indicada. Ante signos y síntomas de alarma (dolor en el pecho intenso que se irradia a cuello y brazo izquierdo, sensación de ahogo, desmayo, cefalea intensa acompañado de visión borrosa, debilidad y/o vómito, acudir a urgencias).

-
<> FAMILIARES
-

- EXÁMEN FÍSICO ESPECIALIZADO

ACTITUD TRANQUILA, RECEPTIVA, COLABORATIVA, PENSAMIENTO EN CURSO, LENGUAJE FLUIDO Y COHERENTE, TONO DE VOZ MODERADO, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, ORIENTADA AUTO Y ALOPSIQUICAMENTE, SIN ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS. - Frecuencia Cardíaca: 0 Lpm - Frecuencia Respiratoria: 0 x min

- REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza y Cuello: Niega Síntomas

Sistema Nervioso: Niega Síntomas

Sistema Endocrino: Niega Síntomas

Sistema Circulatorio: Niega Síntomas

Sistema Respiratorio : Niega Síntomas

Sistema Digestivo: Niega Síntomas

Sistema Genitourinario: Niega Síntomas

Sistema Musculo-Esquelético: Niega Síntomas

Sistema Tegumentario: Niega Síntomas

- ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, RESIDE EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO EN EL AREA URBANA.

A. ANTECEDENTES MEDICOS: NIEGA DIFICULTADES DE SALUD MENTAL Y FISICA.

B. AREA FAMILIAR: NUCLEO FAMILIAR COMPUESTO POR SU PADRE (65 AÑOS), MADRE (60 AÑOS) E HIJA 9 AÑOS. DINAMICA FUNCIONAL, CERCANA, DE APOYO, COMUNICACION ADECUADA. TIENE UNA HIJA DE 22 AÑOS Y SU ESPOSO DE 38 AÑOS.

C. AREA AFECTIVA: RELACION DE PAREJA DE 20 AÑOS. DINAMICA FUNCIONAL, CERCANA, COMUNICACION ADECUADA, DESACUERDOS NORMALES A LOS QUE DAN SOLUCION EFECTIVA. NIEGA Y NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

D. AREA OCUPACIONAL: SE DESEMPEÑA COMO AUDITORA DEL HRMB SE GRADUO COMO JEFE DE ENFERMERA HACE 13 AÑOS.



Hace constar:

Que el Sr(a) NADYA JUDITH MORENO CHACON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37947696 realizó el día 24/05/2021 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 NADYA JUDITH MORENO CHACON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37947696 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NADYA JUDHIT MORENO CHACON, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 37947696, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 14/05/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 2.

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): 202101015286208.

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de Mayo de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Viernes, 28 de Mayo de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NADYA JUDITH MORENO CHACON identificado(a) con CC 37947696, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09000042487	2019/09/11	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.


Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:					Sucursal:					Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
BUCARAMANGA					BUCARAMANGA					96		96-46-101007008		0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:		Día:	Mes:	Año:	Horas:		EMISIÓN ORIGINAL		
13	05	2021	13	05	2021	00:00		18	04	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: MORENO CHACON NADYA JUDHIT								Identificación: 37947696			
Dirección: CALLE 21 NRO. 8-20						Ciudad: MALAGA - SANTANDER				Teléfono: 3105518415	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CALLE 22 NRO 9-82						Ciudad: SAN GIL - SANTANDER				Teléfono: 7248113	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCTR.2511085 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUALIZACIÓN EN EL ÁREA DE APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURISTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		13/05/2021	18/04/2022	\$ 2,795,000.00
OBSERVACIONES:				

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,795,000.00	13/05/2021

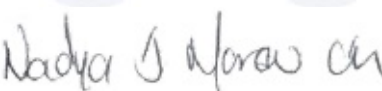
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.com



FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977



Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010070080

FECHA				
13/05/2021				
RECIBIMOS DE:	MORENO CHACON NADYA JUDHIT		C.C. 37947696	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101007008			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101007008 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

96461010070080

FECHA				
13/05/2021				
RECIBIMOS DE:	MORENO CHACON NADYA JUDHIT		C.C. 37947696	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101007008			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101007008 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101007008**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 TRANSURSO 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEERÁN 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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de mayo de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1101692018	Dary Alejandra Delgado Moreno	HIJO
------	------------	-------------------------------	------

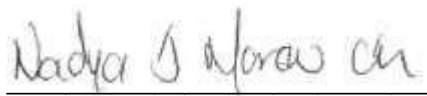
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Nadya Judhit Moreno Chacón

C.C. 37947696