SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - EMPRENDE RURA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**68743-897381**
No. de documento	**139413**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE JOSE LORA SANCHEZ	**C.C.**	78.032.966	**IP/Nº de contacto**	53527
Correo electrónico contratista:	lorasanchezsena@gmail.com				

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 DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		148075914	
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:	2376571/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**59121**	
Valor Total del Contrato	$ 25.078.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.078.667	**1**	**Del**	**24/06/2021**	**Al** **30/06/2021**	**$ 1.003.146,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.075.521		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER. (ÁREA AGROINDUSTRIA)

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.003.146		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.003.146**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 359.248**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9421798344**
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 II	$ 9.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 145.400	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ 145.400	
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	$ 113.600	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 118.751	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	359.248,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	744.146,00	
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	7.022,00	0,700%
-	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	**$ 996.124,00**	

SON: NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión con líder del programa SER en temas con el modelo CANVAS para los negocios rurales.
Reunión y empalme con gestor, líder y emprendedoras del programa SER para dinamizar y evaluar todo lo relacionado con inquietudes respecto al modelo de negocio, enmarcados en los lineamientos establecidos por el programa.
Acompañamiento en el proyecto del plan de negocio "La Lechoncita" en el municipio de Villa Nueva.
Verificación de aprendices en el aplicativo Sofía Plus y seguimiento para el proceso de matricula del curso DERIVADOS LACTEOS Municipio de Yopal.
Se van a cobrar 37 horas para esta cuenta de cobro mes de junio 2021.

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 JOSE LORA SANCHEZ
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL

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 78032966		LORA SANCHEZ JOSE JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54A No 26B B Martinez	CERETE-CORDOBA	7999999	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1000000729	9421798344	I	2021/06/17	2021/07/01	BANCO BOGOTA	14	$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Ciudad: CERETE Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
1	CC	78032966	LORA JOSE	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$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 78032966		LORA SANCHEZ JOSE JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54A No 26B 8 Martinez	CERETE-CORDOBA	7999999	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	1000000729	9421798344	I	2021/06/17	2021/07/01	BANCO BOGOTA	14	$263,800

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
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	$263,800	$0	$0	$263,800

CERTIFICA

El (la) señor (a) JOSE JOSE LORA SÁNCHEZ identificado con CC 78032966 cabeza de familia se encuentra afiliado (a) a nueva EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**01/03/2014**
IPS Cotizante:	**DAMOSALUD LTDA SEDE CERETE CENTRO**
Categoría:	**A**
Estado:	**Activo**

La presente solicitud se expide del (de la) interesado (a) en Montería **QUIEN INTERESE**, a los 21 días del mes de junio 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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14527353104

(415)7707212489984(8020) 000001452735310 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 8 0 3 2 9 6 6	0	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

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	7 8 0 3 2 9 6 6	1 9 9 9 0 3 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LORA	SANCHEZ	JOSE	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

41. Dirección principal: CL 9 4 54 CORR MARTINEZ

42. Correo electrónico: josejose032@hotmail.com

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 22

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S
NIT 812002613-1
CR 6 14 85 BRR CENTRO Montelíbano - Córdoba MONTELIBANO
Tel : 7720387 Fax : 7720387

VIGILADO Supersalud

HISTORIA CLÍNICA

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: NI 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE Fecha Nac : 19-01-1980 EDAD : 40 Año(s) AÑO

SEXO : MASCULINO ESTADO CIVIL : CASADO (A) OCUPACIÓN : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE CASA)

EPS : FORANEOS NP S.A.S. MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : VINCULACIÓN : PARTICULAR

TELÉFONO : CELULAR : 3022669112 Nº Autorizacion:

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Motivo de consulta: INGRESO

Enfermedad actual: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Respiratorio	NO REFIERE SINTOMATOLOGIA COMO TOS, FIEBRE, MIALGIAS NI DISNEA RELACIONADOS CON INFECCION RESPIRATORIA POR COVID 19 DILIGENCIADO EN ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA. SE EVALUA CUESTIONARIO PARA SINTOIMAS RESPIRATORIOS IUATLD SIN RESPUESTAS QUE SUGIERAN ESTUDIOS ADICIONALES DE SINTOMATOLOGIA
Cardiovascular	NO REFIERE
Digestivo	NO REFIERE
Genitourinario	NO REFIERE
Locomotor	NO REFIERE
Nervioso	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE
Orl	NO REFIERE

EXÁMEN FÍSICO

FC : 78 Lpm FR : 20 Rpm Talla : 178 cm Peso : 88 Kg Imc : 27.77 Temperatura : 36.5 ºC Ps2 : 99 So2
TA Sentado : 120/80 mmHg

Peso Ideal: 79 Kg

Clasificación IMC:Sobrepeso Clasificación obesidad: null

Clasificación circunferencia cintura:null

Hallazgo Examen Físico

Cabeza	
Cabeza	SIN HALLAZGOS
Oidos	
C. Auditivo Externo	SIN HALLAZGOS
Pabellon	SIN HALLAZGOS
Timpanos	SIN HALLAZGOS
Ojos	
Parpados	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	SIN HALLAZGOS
Pupilas	SIN HALLAZGOS
Cornea	SIN HALLAZGOS
Fondo de Ojos	SIN HALLAZGOS
Motilidad	SIN HALLAZGOS
otros	SIN HALLAZGOS
Nariz	
Tabique	SIN HALLAZGOS
Cornetes	SIN HALLAZGOS
Mucosa	SIN HALLAZGOS
Senos Paranasales	SIN HALLAZGOS
Boca	
Labios	SIN HALLAZGOS
Lengua	SIN HALLAZGOS
Faringe	SIN HALLAZGOS
Amigdalas	SIN HALLAZGOS

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S
NIT 812002613-1
CR 6 14 85 BRR CENTRO Montelíbano - Córdoba MONTELIBANO
Tel : 7720387 Fax : 7720387

VIGILADO Supersalud

HISTORIA CLÍNICA

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: NI 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE Fecha Nac : 19-01-1980 EDAD : 40 Año(s) AÑO

SEXO : MASCULINO ESTADO CIVIL : CASADO (A) OCUPACIÓN : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE CASA)

EPS : FORANEOS NP S.A.S. MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : VINCULACIÓN : PARTICULAR

TELÉFONO : CELULAR : 3022669112 Nº Autorizacion:

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Hallazgo Examen Físico

Dentadura	SIN HALLAZGOS
Cuello	
Tiroides	SIN HALLAZGOS
Cuello	SIN HALLAZGOS
Torax	
Senos	SIN HALLAZGOS
Corazon	SIN HALLAZGOS
Pulmones	SIN HALLAZGOS
Espalda	SIN HALLAZGOS
Abdomen	
Viceras	SIN HALLAZGOS
Pared Abdominal	SIN HALLAZGOS
Genitales	
Genitales Externos	SIN HALLAZGOS
Ano	SIN HALLAZGOS
Region Perianal	SIN HALLAZGOS
Tacto Rectal	SIN HALLAZGOS
Examen Ginecologico	
Senos	SIN HALLAZGOS
Genitales Externos	SIN HALLAZGOS
Sp	SIN HALLAZGOS
Tv	SIN HALLAZGOS
Tr	SIN HALLAZGOS
Extremidades	
Miembros Superiores	SIN HALLAZGOS
Miembros Inferiores	SIN HALLAZGOS
Vascular	SIN HALLAZGOS
Neurologicos	
Columna Vertebral	SIN HALLAZGOS
Fuerza	SIN HALLAZGOS
Marcha	SIN HALLAZGOS
Sensibilidad	SIN HALLAZGOS
Reflejos	SIN HALLAZGOS
Piel	
Cicatrices	SIN HALLAZGOS
Tatuajes	SIN HALLAZGOS
Piel y Faneras	SIN HALLAZGOS

PLAN DIAGNÓSTICO

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S
NIT 812002613-1
CR 6 14 85 BRR CENTRO Montelíbano - Córdoba MONTELIBANO
Tel : 7720387 Fax : 7720387

VIGILADO Supersalud

HISTORIA CLÍNICA

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: NI 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE Fecha Nac : 19-01-1980 EDAD : 40 Año(s) AÑO

SEXO : MASCULINO ESTADO CIVIL : CASADO (A) OCUPACIÓN : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE CASA)

EPS : FORANEOS NP S.A.S. MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : VINCULACIÓN : PARTICULAR

TELÉFONO : CELULAR : 3022669112 Nº Autorizacion:

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

PLAN DIAGNÓSTICO

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Observaciones y/o Conclusión : APTO

Recomendaciones y/o declaratoría de riesgo : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
PAUSAS ACTIVAS
HABITOS DE VIDA SALUDABLES
DIETA Y EJERCICIO
SE LE EXPLICA Y ENTIENDE AL PACIENTE SU CONDICION DE SALUD PARA LABORAR
SE ANEXA A HISTORIA CLINICA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DILIGENCIADA PARA COVID 19

SE REALIZA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE BIOSEGURIDAD.
EN LA PRESENTE EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL SE VALORA EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR POSTERIOR A PERIODOS DE AISLAMIENTO OBLIGATORIO APLICANDO ENCUESTA DE SÍNTOMAS Y EVALUANDO LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDO SIN HALLAR EN EL MOMENTO EVIDENCIA DE PADECER ENFERMEDAD POR COVID 19; SIN EMBARGO ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DÍAS POSTERIORES NO PRESENTE LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO SERÁ PERTINENTE REALIZAR UNA NUEVA VALORACIÓN MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD.

• ES DE VITAL IMPORTANCIA PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS, POR ELLO TODOS DEBEMOS:
• LAVAR NUESTRAS MANOS REGULARMENTE CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN. • • USAR TAPABOCAS CONVENCIONALES TODO EL TIEMPO EN ESPACIOS DONDE SEA IMPOSIBLE MANTENER DISTANCIAS MAYORES A 2 METROS, COMO: TRANSPORTE PÚBLICO, TAXIS, SUPERMERCADOS, BANCOS, ENTRE OTROS. • • SI SE USA TRANSPORTE MASIVO USAR SIEMPRE TAPABOCAS Y LAVARSE LAS MANOS DESPUÉS DE USARLO. • • EVITAR TOCARSE LA CARA, ESPECIALMENTE DESPUÉS DE TENER CONTACTO CON SUPERFICIES CONTAMINADAS O PERSONAS ENFERMAS. • • LIMPIAR CONSTANTEMENTE CON DESINFECTANTE LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TENEMOS CONTACTO. • • MANTENER UNA DISTANCIA NO INFERIOR A UN METRO Y MEDIO CON OTRAS PERSONAS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE: NO SALUDE DE BESO NI DE MANO Y EVITE EL CONTACTO FÍSICO. • • DESCARGUE EL APLICATIVO CORONAPP-COLOMBIA PARA RECIBIR INFORMACIÓN PERSONALIZADA E INFÓRMESE A TRAVÉS DE FUENTES CONFIABLES. • • SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR PARA TRAGAR, NOTIFÍQUELO A SU EMPLEADOR Y SU EPS, NO VAYA A LUGARES PÚBLICOS, ES IDEAL QUE SE AÍSLE PREVENTIVAMENTE

R635 AUMENTO ANORMAL DE PESO



MENDEZ CARO ALFONSO PABLO

SALUD OCUPACIONAL

Licencia Salud Ocupacional N° 60079376 - MEDELLIN EN EL AÑO 2017

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S
NIT 812002613-1
CR 6 14 85 BRR CENTRO Montelíbano - Córdoba MONTELIBANO
Tel : 7720387 Fax : 7720387

VIGILADO Supersalud

HISTORIA CLÍNICA

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: NI 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE Fecha Nac : 19-01-1980 EDAD : 40 Año(s) AÑO

SEXO : MASCULINO ESTADO CIVIL : CASADO (A) OCUPACIÓN : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE CASA)

EPS : FORANEOS NP S.A.S. MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : VINCULACIÓN : PARTICULAR

TELÉFONO : CELULAR : 3022669112 Nº Autorizacion:

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: CC 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE SEXO : MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO: 1980-01-19 EDAD : 41 AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: CERETE - CÓRDOBA

TIPO DE SANGRE: A + ESTADO CIVIL: CASADO (A) ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

EPS : NUEVA E.P.S MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : TELÉFONO :

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Datos Ocupacionales

FECHA DE INGRESO: 1900-02-01 ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO: 120 Año(s) 11 Mes(es) 25 Dia(s)

CARGO: SUPERVISOR (A) SGI UNIDAD DE NEGOCIO: NO APLICA

SEGMENTO: NO APLICA GRUPO: NO APLICA

JORNADA: NO APLICA HORAS TRABAJADAS: 0 LATERALIDAD: DIESTRO No. HIJOS: 0

CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: 0 ARL: COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A

Longitud de MMI

Aplica

	Izquierda	Derecha	Calificación cuantitativa	Miembro mas corto real
Real	0	0	simetria mmii	ninguno
Aparente	0	0	simetria mmii	ninguno
Miembro inferior mas corto final	ninguno			

Antecedentes OMA

Segmento	Observación
Ninguno	

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: CC 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE SEXO : MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO: 1980-01-19 EDAD : 41 AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: CERETE - CÓRDOBA

TIPO DE SANGRE: A + ESTADO CIVIL: CASADO (A) ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

EPS : NUEVA E.P.S MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : TELÉFONO :

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Alineación postural

Calificación de alineación de riesgo postural: Riesgo Postural Bajo

Descripción:

Nivel de Severidad OMA individual

Segmento	Valor	Calificación
Cuello	0.0	BAJO
Hombro	0.0	BAJO
Codo	0.0	BAJO
Muñeca	0.0	BAJO
Rodilla	0.0	BAJO
Cadera	0.0	BAJO
Pies	0.0	BAJO
Tronco dorsal	0.0	BAJO
Tronco lumbar	-0.5	BAJO

Hallazgo OMA

Descripción: PACIENTE NO REFIERE DOLOR O MOLESTIA ACTUALMENTE. A LA VALORACIÓN FÍSICA NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR QUE LIMITE SU LABOR.

Hallazgo: con hallazgo Con Potencial: No

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO** **N° Atencion : 83661**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: CC 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE SEXO : MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO: 1980-01-19 EDAD : 41 AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: CERETE - CÓRDOBA

TIPO DE SANGRE: A + ESTADO CIVIL: CASADO (A) ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

EPS : NUEVA E.P.S MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : TELÉFONO :

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Recomendaciones para mejorar la condición OMA

Recomendación	Observación
Realizar Gimnasia laboral tres veces por jornada o pausas activas.	
Practicar buenos hábitos de higiene postural dentro y fuera del trabajo	
Se recomienda realizar actividad física de manera regular minimo 3 veces por semana durante 40 minutos, como caminatas, bicicleta y natación.	
Realice pausas durante la jornada laboral que incluya ejercicios de estiramientos para los grupos musculares con mayor fatiga, diariamente	
Cambie de postura constantemente para disminuir fatiga y tensión en articulaciones y musculatura en general.	
Practicar regla de levantamiento, manipulación y desplazamiento manual de cargas en actividades laborales y extra laborales teniendo en cuenta: ponerse en cuclillas para levantar el objeto desde el piso, con un pie adelante y otro atrás para mayor estabilidad, al hacerlo mantener la espalda recta, abdomen contraído y subir lentamente.	
BAJAR DE PESO (DIETA BALANCEADA)	

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S

NITT 812002613-1

-CERETE

Tel :

N° Atencion : 83661

TIPO CONSULTA: **Salud Ocupacional** CLASE: **INGRESO**

FECHA 13/11/2020 8:57:12 AM DOC: CC 78032966 N° HISTORIA : 78032966

NOMBRE COMPLETO :LORA SANCHEZ JOSE JOSE SEXO : MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO: 1980-01-19 EDAD : 41 AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: CERETE - CÓRDOBA

TIPO DE SANGRE: A + ESTADO CIVIL: CASADO (A) ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

EPS : NUEVA E.P.S MUNICIPIO : CERETE BARRIO : CERETE

DIRECCIÓN : TELÉFONO :

Datos del Acompañante

NOMBRE : ASISTE SOLO TELÉFONO :

Datos Persona Responsable

NOMBRE: KATI PAOLA DE HOYOS TELÉFONO : 3016602887 PARENTESCO : OTROS

Dra. Alejandra Argumedo
T.P: 1063293328
FISIOTERAPEUTA

ARGUMEDO OTERO MARIA ALEJANDRA

FISIOTERAPIA

IPS SU SALUD INTEGRAL S.A.S

NIT 812002613-1

CR 6 14 85 BRR CENTRO Montelíbano - Córdoba - MONTELIBANO - Córdoba

Tel : 7720387

0000259654

Usuario: LORA SANCHEZ JOSE JOSE
Edad: 40 Año(s) Sexo: M
Identificación: CC-78032966
Teléfono: 3022669112
Municipio: CERETE

No. Recepción: 259654
Fecha: 2020-11-13
Empresa: FORANEOS NP S.A.S.
Profesional: MENDEZ CARO ALFONSO
EPS: FORANEOS NP S.A.S.

ESTUDIOS Y PARÁMETROS		RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO			
Leucocitos Adultos		9.0 x 10(3)/mmc	4 - 10
Neutrofilos Adultos	***	54.4 %	60 - 70
Linfocitos Adultos		35.8 %	30 - 40
Monocitos Adultos	***	9.6 %	2 - 6
Eritrocitos Adulto		5.4 x10(6)/mmc	5.4 - 5.6
Hemoglobina adulto		14.7 gr/dl	13 - 17
Hematocrito Adulto		49.9 %	40 - 54
Volumen Corpuscular (PVC)	***	92.2 um3	82 - 92
Hemoglobia Corpuscular (PHC)		27.1 pg	27 - 31
Concentración de Hemoglobina Corpuscular(CHC)	***	29.4 g/dl	32 - 36
Plaquetas		318 x10(3)/mmc	150 - 450

MÉTODO: CELLTAC-18 PARAMETROS AUTOMATIZADO CON HISTOGRAMAS
Fecha y Hora: 2020-11-13 09:18:00.0

GLUCOSA EN SUERO L C R U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Glucosa		104	70 - 100

MÉTODO: POR TURBIDIMETRIA
Fecha y Hora: 2020-11-13 09:52:53.0

COLESTEROL TOTAL

Colesterol Total		249	0 - 200

MÉTODO: POR TURBIDIMETRIA
Fecha y Hora: 2020-11-13 09:52:53.0

TRIGLICERIDOS

Trigliceridos	***	420 mg/dl	20 - 150

MÉTODO: POR TURBIDIMETRIA
Fecha y Hora: 2020-11-13 10:00:07.0

COPROLOGICO

Color Materia Fecal		Café	
Consistencia		Dura	
Bacterias		Lig. aumentadas	

Dr. Fernando Navas Doria
BACTERIOLOGO
Reg 1066830834

NAVAS DORIA FERNANDO ANDRES
BACTERIOLOGIA

Usuario: LORA SANCHEZ JOSE JOSE
Edad: 40 Año(s) Sexo: M
Identificación: CC-78032966
Teléfono: 3022669112
Municipio: CERETE

No. Recepción: 259654
Fecha: 2020-11-13
Empresa: FORANEOS NP S.A.S.
Profesional: MENDEZ CARO ALFONSO
EPS: FORANEOS NP S.A.S.

ESTUDIOS Y PARÁMETROS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Grasas	+	
Protozoos y/o Helmintos	No se observan	

MÉTODO: NO APLICA
Fecha y Hora: 2020-11-13 10:22:55.0

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]

Blastoconidias	No se observan	
Pseudomicelios	No se observan	

MÉTODO: NO APLICA
Fecha y Hora: 2020-11-13 10:22:56.0

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Color	Amarilla	
Aspecto	Transparente	
PH	5.0	5 - 8
Densidad	1030	1005 - 1030
Sangre	Negativo -	
Urobilinogeno	Normal mg/dL	
Proteinuria	Negativo mg/dl	0 - 2000
Glucosuria	Negativo	
Nitritos	Negativo	
Bilirrubinas	Negativo	
Cetonas	Negativo mg/dl	
Leucocitos	Negativo x Campo	0 - 5
ESTUDIO MICROSCOPICO	-	
Celulas Epiteliales	+	
Bacterias	+	
Leucocitos en Sedimento Urinario	0 - 1 x CAMPO	
Hematies en Sedimento Urinario	0 - 1 x Campo	
Moco	+	

MÉTODO: URINALYSIS REAGENT STRIP. MISSION. ACON LAB
Fecha y Hora: 2020-11-13 10:21:49.0

Dr. Fernando Navas Doria
BACTERIOLOGO
Reg 1068000836

NAVAS DORIA FERNANDO ANDRES
BACTERIOLOGIA

Los Resultados Marcados Con (*) Indica Dato Confirmado Para Rango Fuera De Lo Normal

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE JOSE LORA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78032966 realizó el día 30/06/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JOSE JOSE LORA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 78032966 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 -

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JOSE JOSE LORA SANCHEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 78032966, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 23/06/2021 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): 202101017103955.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Julio de 2021.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 09/07/2021 10:36:36 p. m.
ISCDC: 09/07/2021 10:36:36 p. m.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JOSE LORA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 78.032.966 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 148075914, abierta/o desde el 18/11/2020.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Junio del año 2021 con destino a: José José Lora Sánchez



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6052428940

PÓLIZA No: 605 - 47 - 994000088065 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **YOPAL** COD. AGENCIA: 605 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	06	2021	23	06	2021

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **JOSE JOSE LORA SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **78.032.966**

DIRECCIÓN: CR 19 36 68 CIUDAD: YOPAL, CASANARE TELÉFONO: 3022669112

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CASANARE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CASANARE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	23/06/2021	24/04/2022	2,507,866.70

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL CASANARE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CO1.PCCNTR.2376571 DE FECHA 23/06/2021 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER. (ÁREA AGROINDUSTRIA).

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****2,507,866.70	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
ASESORES DE SEGUROS FANNY MEDINA LTD	7314	100.00			

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

(415)7701861000019(8020)000000000007000605242894

FIRMA ASEGURADOR **FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE

C8D8257A0B0DF4775B

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECIBO DE CAJA No. 605076504

AGENCIA YOPAL	TRANSACCIÓN Nro. 605104386	FECHA DE RECAUDO 24/06/2021	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR LORA SANCHEZ JOSE JOSE			C.C o NIT 78032966
TOMADOR PÓLIZA LORA SANCHEZ JOSE JOSE			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000088065 - NRO. ELECTRÓNICO 6052428940			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS			VALOR RECIBO $ 29,750.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000088065 - ANEXO 0 AGENCIA YOPAL, TOMADOR PÓLIZA: CC-78032966 LORA SANCHEZ JOSE JOSE. VALOR PAGADO $ 29,750.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 605104386			

FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: ASESORES DE SEGUROS FANNY MEDINA LTDA

CONDICIONES GENERALES GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 DE 2015

CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES

1. AMPAROS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACION Y JAMAS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TERMINO DE TRES (3) MESES.
1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.
1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTIA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTIA DE

PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DELTERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

PARAGRAFO: LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

PARAGRAFO PRIMERO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN 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 O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

PARÁGRAFO TERCERO.

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA POLIZA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA.
2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.
2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO

GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANSCURSO DEL TIEMPO.

CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS
Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

2.1 Tomador
Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

2.2 Asegurado
Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

2.3 Beneficiario
Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

2.4 Siniestro
Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

2.5 Acto Administrativo
Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado
Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

1. SUMA ASEGURADA
LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

2. VIGENCIA
LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA
DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.
3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.
3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARA EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA

PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

5. PAGO DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO.

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

7. SUBROGACION

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA**.**

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

8. CESION DEL CONTRATO

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS
LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

11. PROHIBICION DE LA TRANSFERENCIA
NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

12. COEXISTENCIA DE SEGUROS
EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

13. LLAMAMIENTO EN GARANTIA
CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

14. PROCESOS CONCURSALES LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

15. PRESCRIPCIÓN LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

16. DOMICILIO SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

TOMADOR

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 02 de julio de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

NUIP - NIP	**1065015649**	**Ian José Lora De Hoyos**	**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: __Jose Jose Lora Sánchez__

C.C. ___78032966___

22854523-1

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1664645

NUIP 1.065.015.649

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

LORA DE HOYOS IAN JOSE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	8	Mes	A	G	O	Día	2 5	MASCULINO	AB +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día	1 9	0057056626

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DE HOYOS MADERA KATY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.065.013.216	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

LORA SANCHEZ JOSE JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 78.032.966	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

LORA SANCHEZ JOSE JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 78.032.966

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS REQUISITOS DE LEY

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CORDOBA CERETE	H 6 V

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día	1 9	JOSE VITOLA MONTES (E)

Registrador del Estado Civil

Escaneado con CamScanner