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 GUAJIRA
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.
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	**44**
Código Centro	**952410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**09724-870060**
No. de documento	**260217**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ	**C.C.**	73.591.434	**IP/Nº de contacto**	3008763377
Correo electrónico contratista:	huperezg@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		940281785	
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:	2931481/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**181321**	
Valor Total del Contrato	$ 8.718.607	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.718.607	**1**	**Del**	**13/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 2.472.441,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.246.166		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRAT DE INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACIÓN REGULAR E

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.472.441	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	**$ 2.472.441**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.457.398**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 988.976	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 123.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 158.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 247.244	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 485.799	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.457.398,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.190.441,00	
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	6.571,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Prouniversidad de la Guajir	49.449,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	12.362,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	49.449,00	2,000%
Estampilla Pro-Cultura	37.087,00	1,500%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.317.523,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté formación en programa titulado - Ficha 2293435 - Horas 120 Aprendices activos 24
Total Horas: 120

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.

HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
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,

ENKA MAILETH MORENO OLAYA
INSTRUCTOR G08

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

CARLOS ENRIQUE PARDO ANDRADE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ identificado(a) con CC 73591434 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**09/03/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM VALLEDUPAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 05 días del mes noviembre del 2021.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra



Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **73591434,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de noviembre de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14695445625

(415)7707212489984(8020) 000001469544562 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 5 9 1 4 3 4	3	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	73591434	2000 07 21

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolivar 1 3	Barranco de Loba 0 7 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	GOMEZ	HUGO	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal: CL 30 4 A 80 BRR VILLA DEL ROSARIO

42. Correo electrónico: hugoperez-gomez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3008763377	3226513749

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 9 9 0	2010 10 13	7 0 2 0	2014 04 25	8 2 1 1			

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: 2020 - 06 - 17 / 12 : 30: 45

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: PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-10-2021 10:11:03AM

FUSPANCRA
Fundación San Pancracio IPS
Especialistas en Salud Laboral

NIT 900.203.827-0
Dirección: Calle 33 # 15 - 156
Cel: 3008152450 - 3006555795
Email: contacto@fuspancra.org

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1982-04-07 **Edad:** 37 A
Dirección CRA 27 N.14H BIS -36
Empresa: TARIFA ECONOMICA 2020
Empresa en misión: TARIFA ECONOMICA 2020
Actividad económica:
Talla (mts): 1.78 **Peso (kg):** 54.0 **Grupo Sanguineo:** A +

Identificación: CC 73591434

Teléfono: 3008763377



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 0031001 **Fecha apertura:** 20200309 11:22:53
Fecha cierre: 20200309 12:04:19
Realizado en: Riohacha - Guajira

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA Y EJERCICIOS

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: Puede desempeñar la labor

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JENNIS JANETH BARRAZA LOZANO
Especialidad: ESPECIALISTA SQ Y GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA
Licencia S.O.: EN SALUD 0787/2012 Renovacion **Registro No.:** 663

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 73591434

HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 06/03/2020 8.05 AM

FECHA DE EXAMEN 2020-03-06 08:04:08
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	**NIT**	892115006
DIRECCION	CLL 13 # 8 -175	**E-MAIL**	ips@comfaguajira.com
TELEFONOS	7270204	**SEDE**	COMFAGUAJIRA IPS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	HUGO ANTONIO								
APELLIDOS	PEREZ GOMEZ								
IDENTIFICACION	CC	73591434	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	A +	
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	07/04/1982				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	BARRANCO	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA	**MUNICIPIO**	RIOHACHA	**DIRECCION**	CRA 27 N 14H BIS 36				
TELEFONOS	3008763377	**ARL**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**EPS**	FAMISANAR LTDA. E.P.S.				

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SENA REGIONAL GUAJIRA	**CONTRATISTA**	NO APLICA
SEDE	SIN INFORMACION	**ACTIVIDAD ECONOMICA**	SIN INFORMACION

DATOS DEL CARGO

CARGO A DESEMPEÑAR	INSTRUCTOR SENA	**PROFESION U OFICIO**	INSTRUCTOR TURISMO
FECHA DE INGRESO	NO REFIERE	**AREA**	OPERATIVO
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	1 A 5 AÑOS	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

ANTECEDENTES AUDITIVOS

EMPRESA 1

Nombre	**Concepto**	
CARGO	INSTRUCTOR	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO	
TIPO	NO APLICA	

EMPRESA 2

Nombre	**Concepto**	
CARGO	NO APLICA	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	

EMPRESA 3

Nombre	**Concepto**	
CARGO	NO APLICA	
PROTECCION AUDITIVA	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO / TIEMPO	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	

ANAMNESIS

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	Mayor a 2 AÃ±os	
INTERPRETACION	Normal	
CAUSA	Ingreso Laboral	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**

MOTOCICLISMO	NO	
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	NO	
POLIGONO	NO	
AUDIFONOS	NO	
SERVICIO MILITAR	NO	
DISCOTECA	NO	
OTROS	NO	

OTOSCOPIA

Nombre	Concepto	Observaciones
TIMPANO	Normal	
TAPON DE CERA	No	
CONDUCTO AUDITIVO	Normal	
OTROS HALLAZGOS	NINGUNO	

AUDIOMETRIA

Nombre	Concepto	Observaciones
DESCANSO AUDITIVO	SI	

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

PATOLOGICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
MENINGITIS	NO	
TUBERCULOSIS	NO	
DIABETES	NO	
SARAMPION	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO	
INFECCIONES	NO	
OTITIS MEDIA	NO	
PALUDISMO	NO	
REUMATISMO	NO	
PAROTIDITIS	NO	

TRAUMATICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
TRAUMA DE CRANEO	NO	
TRAUMA SONORO	NO	
CIRUGIAS DE OIDO	NO	
TRAUMAS OTICOS	NO	

OTOTOXICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
GENTAMICINA	NO	
ESTREPTOMICINA	NO	
KANAMICINA	NO	
AMBRAMISINA	NO	
QUININA	NO	

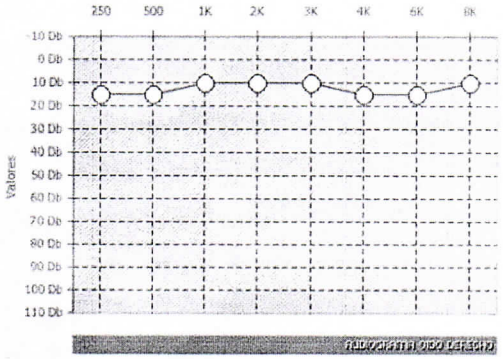
SIGNOS Y SINTOMAS

Nombre	Concepto	Observaciones
OYE BIEN?	SI	
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR OTRO?	NO	
TIENE DIFICULTAD PARA ORI EL TELEFONO?	NO	
ESCUCHA TV	NO	
ESCUHA CONVERSACIÓN	NO	
SUFRE DE VERTIGO?	NO	
OTORREA	NO	
MOLESTIA A LOS RUIDOS FUERTES?	NO	

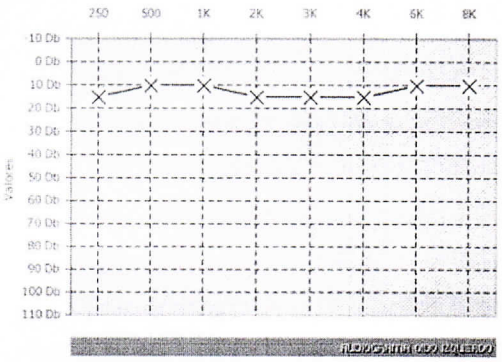
HISTORIA CLINICA AUDITIVA

Fecha de impresión: 06/03/2020 8.05 AM

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
AUDICION NORMAL	BILATERAL	
HIPOACUSIA		
HIPOACUSIA MIXTA		
HIPOACUSIA CONDUCTIVA		
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL		

DIAGNOSTICO

Nombre	Concepto
DIAGNOSTICO 2	
IMPRESION DIAGNOSTICA	AUDICION NORMAL BILATERAL

Nombre	Concepto
OBSERVACIONES	NINGUNA

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Nombre	Concepto	Observaciones
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA	NO	
LAVADO AUDITIVO	NO	
CONTROL AUDITIVO	NO	
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	BUENA	
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
USO DE PROTECCION AUDITIVA	NO	

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.

Angela Nuñez
Comfaguaj
FONOAUDIOLOGA
T.P. Nº 70356

ANGELA NUNEZ
C.C 1063076261 RM: 70356
Firma y sello del Médico Evaluador

HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
C.C 73591434
Firma del trabajador Evaluado

06 | 3 | 2020.

FICHA FONIATRICA

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Ivyo Perez. Gomez

IDENTIFICACION: 33 541 434.

EDAD: 37 OCUPACION: Instructor Sena.

ANTECEDENTES

No Reportes.

CARACTERISTICAS VOCALES

INTENSIDAD FUERTE ☑ MEDIA ☐ DEBIL ☐

TONO AGUDO ☐ GRAVE ☑ MEDIO ☐

TIMBRE DISFONICO ☐ CLARO ☑ OPACO ☐ NASAL ☐ CONSTREÑIDO ☐

CARACTERISTICAS RESPIRATORIAS

TIPO Abdominal

MODO → EN REPOSO: Nasal-Bucal

MODO → EN FONACION Nasal-Bucal

CARACTERISTICAS FONO-ARTICULATORIAS

- **ORGANOS FONOARTICULADORES**

ORGANO	ADECUADO	INADECUADO	CARACTERISTICAS
LABIOS	✓		
DIENTES	✓		
PALADAR	✓		
NARIZ	✓		

- **TENSIÓN MUSCULAR SI** ☐ **NO** ☑ **DONDE:** _____
- **COORDINACION FONO-RESPIRATORIA : SUFICIENTE** ☑ **INSUFICIENTE** ☐
- **RITMO: NORMAL** ☑ **LENTO** ☐ **ACELERADO** ☐
- **ARTICULACION : NORMAL** ☑ **ABIERTA** ☐ **CERRADA** ☐

CONCLUSIONES

- **DIAGNOSTICO:** Optimas Condiciones Vocales.
- **VALORACION POR ORL SI** ☐ **NO** ☒
- **RECOMENDACIONES**

Cuidados generales de la voz.

Angela

ANGELA NUÑEZ ORTIZ
FONOAUDIOLOGA
Tp:70356

PACIENTE

ANGELA NUÑEZ ORTIZ
FONOAUDIOLOGA

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

FECHA DE EXAMEN 06 marzo 2020
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	**NIT**	892115006
DIRECCION	CLL 13 # 8 -175	**E-MAIL**	ips@comfaguajira.com
TELEFONOS	7270204	**SEDE**	COMFAGUAJIRA IPS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	HUGO ANTONIO								
APELLIDOS	PEREZ GOMEZ								
IDENTIFICACION	73591434	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	A +		
ESTADO CIVIL	Union libre	**ESCOLARIDAD**	Profesional	**FECHA DE NACIMIENTO**		07/04/1982			
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	BARRANCO	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	La Guajira	**MUNICIPIO**	Riohacha		CRA 27 N 14H BIS 36				
TELEFONOS	3008763377	**ARL**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**EPS**	FAMISANAR LTDA. E.P.S.				

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	SENA REGIONAL GUAJIRA	**CONTRATISTA**	NO APLICA
SEDE	SIN INFORMACION	**ACTIVIDAD ECONOMICA**	SIN INFORMACION

DATOS DEL CARGO

CARGO A DESEMPEÑAR	INSTRUCTOR SENA	**PROFESION U OFICIO**	instructor turismo

ANTECEDENTES VISUALES

Nombre	Concepto	Observaciones
REFRACTIVOS	NO	
LABORALES	NO	
PATOLOGICOS	NO	
TRAUMAS	NO	
OTROS		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nombre	Concepto	Observaciones
EXIGENCIA VISUAL DEL CARGO		

HORAS/EXPOSICION

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBIENTAL	SI	
VIDEOTERMINALES	SI	
SUSTANCIAS QUIMICAS	NO	
PROYECCION DE PARTICULARES	SI	

PUESTO DE TRABAJO

Nombre	Concepto	Observaciones
ILUMINACION	ARTIFICIAL	
VENTILACION	ARTIFICIAL	

ULTIMO CONTROL VISUAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ULTIMO EXAMEN	Mayor a 2 años	
USA RX	NO	
INTERPRETACION		

Comfaguajira

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

AGUDEZA VISUAL

VISION PROXIMA

Nombre	Concepto
SIN CORRECCION OD	.50M
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	.50M
CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	.50M
CON CORRECCION AO	

VISION LEJANA

Nombre	Concepto
SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	

PERCEPCION

Nombre	Concepto
COLOR	NORMAL
PROFUNDIDAD	NORMAL

SINTOMAS

Nombre	Concepto	Observaciones
ASINTOMATICOS	SI	
MALA VISION LEJANA	NO	
MALA VISION CERCANA	NO	
ARDOR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
CEFALEA	NO	
SENSACION CUERPO EXTRAÑO	NO	
DOLOR	NO	
PRURITO	NO	
CANSANCIO	NO	
VISION DOBLE	NO	

MOVIMIENTO

CONVERGENCIA

Nombre	Concepto
LUZ	

COVER TEST

Nombre	Concepto
VL	ORTOFORIA
VP	ORTOFORIA

CONVERGENCIA

Nombre	Concepto
OR	

SEGMENTO ANTERIOR

Comfaguajira

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	ESTRUCTURAS OCUALRES NORMALES
OJO IZQUIERDO	ESTRUCTURAS OCUALRES NORMALES

REFRACCION

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	NEUTRO

QUERATOMETRIA

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

RETINOSCOPIA

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
OJO IZQUIERDO	NEUTRO

VISION CROMATICA

Nombre	Concepto	Observaciones
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	

ESTEREOPSIS

Nombre	Concepto	Observaciones
ESTEREOPSIS	NORMAL	

RX FINAL

OJO DERECHO

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
AV	20/20

OJO IZQUIERDO

Nombre	Concepto
OJO IZQUIERDO	NEUTRO
AV	20/20

Nombre	Concepto
ADD	

OBSERVACIONES

Nombre	Concepto	Observaciones
CONDUCTA	No requiere gafas	
ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE		
DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión	

DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

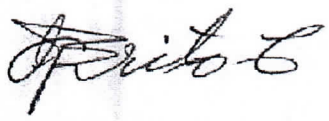
Fecha de impresión: 06/03/2020 9.06 AM

Nombre	Concepto
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	EMETROPIA AO

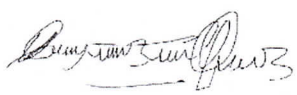
RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto	Observaciones
PAUSAS EN COMPUTADOR	NO	
GAFAS FILTRO UV	NO	
USO EPP VISUAL	SI	
PROTECCION SOLAR	NO	
LUBRICANTE OCULAR	SI	
CONTROL EN 6 MESES	NO	
CONTROL EN UN AÑO	SI	

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.



GLADIS BRITO
RM: 1
Firma y sello del Médico Evaluador



HUGO ANTONIO
C.C 73591434
Firma del trabajador Evaluado

Comfaguajira
Familias felices

LABORATORIO CLINICO COMFAGUAJIRA

Ingreso: 2020-03-06 07:30
Impresion:

Orden:	**20200306203**	**Autorizacion:**	
Historia:	**PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO**	**Municipio:**	
Paciente:	73591434	**Medico:**	MEDICO SALUD OCUPACIONAL
Sede:		**Plan:**	SENA REGIONAL GUAJIRA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA				
GLUCOSA EN SUERO	73.00	mg/dL		70.00 - 110.00	06/03/2020 16:14
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL TOTAL	195.00	mg/dL		100.00 - 200.00	06/03/2020 16:14
INTERVALO IDEAL PARA EL COLESTEROL: MENOR DE 200 mg/dl INTERVALO LIMITE PARA EL COLESTEROL ELEVADO: 200-239 mg/dl COLESTEROL ALTO : MAYOR O IGUAL 240 mg/dl					
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL HDL	46.00	mg/dL	*	10.00 - 35.00	06/03/2020 16:14
SIN RIESGO HOMBRES: MAYOR DE 55 mg/dl ALTO RIESGO HOMBRES: MENOR DE 35 mg/dl SIN RIESGO MUJERES: MAYOR DE 65 mg/dl ALTO RIESGO MUJERES : MENOR DE 45 mg/dl					
Técnica:COLORIMETRICO					
INDICE CT/HDL	4.24				06/03/2020 16:14
TRIGLICERIDOS	60.00	mg/dL		50.00 - 200.00	06/03/2020 16:14
Técnica:COLORIMETRICO					
COLESTEROL VLDL	12.00	mg/dL		10.00 - 34.00	06/03/2020 16:14
COLESTEROL LDL	137.00	mg/dL		66.00 - 178.00	06/03/2020 16:14
ADULTOS: Menos de 130 mg/dL DESEABLE 140 - 159 mg/dL LIMITROFE Más de 160 mg/dL RIESGO ELEVADO NIÑOS: Menos de 110 mg/dL DESEABLE 110 - 129 mg/dL: LIMITROFE Más de 130 mg/dL RIESGO ELEVADO					
Técnica:COLORIMETRICO					
ASPECTO SUERO	normal				06/03/2020 16:14

K Morales
CU 2178

	HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO KX21					
NUMERO DE LEUCOCITOS	3.4	X10³mm³	*	5.0 - 10.0	06/03/2020 11:12
NUMERO DE ERITROCITOS	5.13	X10mm³	*	4.00 - 5.00	06/03/2020 11:12
HEMOGLOBINA	15.60	g/dl		14.00 - 17.40	06/03/2020 11:12
HEMATOCRITO	46.10	%		45.00 - 52.00	06/03/2020 11:12
MCV	89.90	fL		84.00 - 96.00	06/03/2020 11:12
MCH	30.40	pg		27.00 - 32.00	06/03/2020 11:12
MCHC	33.80	g/dl		30.00 - 35.00	06/03/2020 11:12
RECUENTO DE PLAQUETAS	214	X10³mm³		150 - 400	06/03/2020 11:12

Comfaguajira
Familias felices

LABORATORIO CLINICO COMFAGUAJIRA

Ingreso: 2020-03-06 07:30
Impresion:

Orden:	20200306203	Autorizacion:	
Historia:	PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	Municipio:	
Paciente:	73591434	Medico:	MEDICO SALUD OCUPACIONAL
Sede:		Plan:	SENA REGIONAL GUAJIRA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGIA				
NEUTROFILOS PORCENTAJE	36.00	%	*	50.00 - 75.00	06/03/2020 11:12
LINFOCITOS PORCENTAJE	54.40	%	*	25.00 - 40.00	06/03/2020 11:12
CELULAS MIXTAS PORCENTAJE	9.60	%	*	3.00 - 7.00	06/03/2020 11:12
NUMERO DE NEUTROFILOS	1.30	X10³mm³	*	2.50 - 7.50	06/03/2020 11:12
NUMERO DE LINFOCITOS	1.80	X10³mm³		1.30 - 4.00	06/03/2020 11:12
NUMERO DE CELULAS MIXTAS	0.30	X10³mm³		0.15 - 0.70	06/03/2020 11:12
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.80	fL		8.00 - 15.00	06/03/2020 11:12
ADE-CV	12.6	%			06/03/2020 11:12
ADE-SD	43.2	fL			06/03/2020 11:12
OBSERVACION CUADRO HEMATICO	NI				06/03/2020 11:12

YESICA FERNANDEZ
Nro. 555999

UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA (Urisys 1800)

COLOR	Amarillo		06/03/2020 12:38
ASPECTO			06/03/2020 12:38
LIGERAMENTE TURBIO			
DENSIDAD	1.020		06/03/2020 12:38
pH	5		06/03/2020 12:38
LEUCOCITOS (tira reactiva)	neg	Leu/ul	06/03/2020 12:38
NITRITOS	neg		06/03/2020 12:38
PROTEINAS EN ORINA	neg	mg/dL	06/03/2020 12:38
GLUCOSA EN ORINA	norm	mg/dL	06/03/2020 12:38
CUERPOS CETONICOS	neg	mg/dL	06/03/2020 12:38
UROBILINOGENO	norm	mg/dL	06/03/2020 12:38
BILIRRUBINAS EN ORINAS	neg		06/03/2020 12:38
SANGRE (Tira reactiva)	neg	Ery/ul	06/03/2020 12:38
___SEDIMENTO URINARIO___			06/03/2020 12:38
LEUCOCITOS : 1-3/c			
BACTERIAS : +			
C EPITELIA : 0-2			

YESICA FERNANDEZ
Nro. 555999

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

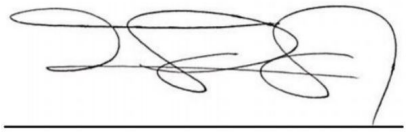
Que nuestro(a) cliente **HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 73.591.434** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 940281785** aperturada el **07 de marzo de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **05** días del mes de **noviembre** del año **2021**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0940281785**
Cuenta de 16 dígitos: **0940000200281785**
Cuenta de 20 dígitos: **00130940000200281785**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73591434, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 13/10/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 1.

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): 202101020173371.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Octubre 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 15/10/2021 10:17:21 a. m.
ISCDC: 15/10/2021 10:17:21 a. m.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	46	46-46-101004315	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
13	10	2021	13	10	2021	00:00	18	04	2022	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :73,591,434
DIRECCIÓN: CALLE 30 NO 4A-80	CIUDAD: VALLEDUPAR - CESAR	TELÉFONO:	3008763377

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CL 15 NRO. 31 - 42	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	7248113
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. C 1.PCCNTR.2931481 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE LOS ARTESANOS TECNICOS TENOLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LA PROGRAMACION REGULAR EJECUTANDO HORAS DIRECTAS A FORMACION Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACION PROFESIONAL EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA DE LA REGIONAL GUAJIRA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	13/10/2021	18/04/2022	$ 890,385.40

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 890,385.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
IBETH PANA	112300	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - TEI .TA

46-46-101004315

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.46-46-101004315

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 28 de octubre de 2020

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1119717698**	**NIKOL SAYRETH PEREZ LOPEZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1225074035**	**ESTEFANY MAILETH PEREZ LOPEZ**	**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,



HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
C.C. 73591434

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1119717698

Indicativo Serial 59776555

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	02				WZY

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	LOPEZ

Nombre(s)

NIKOL SAYRETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes 08 Día 16	FEMENINO	A	NEGATIVO

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

COLOMBIA LA GUAJIRA RIOHACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14895542-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOPEZ AMAYA EMILIS ELIET

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.1.118.853.768 DE RIOHACHA	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.73.591.434 DE BARRANCO DE LOBA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.73.591.434 DE BARRANCO DE LOBA	Hugo Perez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2018 Mes 09 Día 05	JAIME RAFAEL AZAR MARTINEZ Nombre y firma

59776555

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61206243

NUIP 1225074035

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E S O

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA - IPS INDIGENA ANASHIWAYA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	LOPEZ

Nombre(s)

ESTEFANY MAYRETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 19	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166453326

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOPEZ AMAYA EMILIS ELIET

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1118853768	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 73591434	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 73591434	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ABR Día 19	JAIME ANDRES CEPEDA PLATA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JAIME ANDRES CEPEDA PLATA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 129, 19/04/2021

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -