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 DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA**
**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** | **11** |
| **Código Centro** | **940610** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **27459-323009** |
| **No. de documento** | **332787** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO | **C.C.** | 53.053.618 | **IP/Nº de contacto** | 000 |
| **Correo electrónico contratista:** | vaparra81@misena.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 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 0570456470004536 | |
| **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 2022 supera los $ 125'413.200** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3433796/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **11322** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.443.750 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.443.750 | **1** | **Del** | **01/02/2022** | **Al** | **28/02/2022** | **$ 3.792.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 24.651.250 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Contratar la prestación de servicios personales de carácter temporal de un instructor para impartir formación profesional integral y actividades que se deriven de acuerdo con los programas en los diferentes niveles de formación de manera presencial y/o virtual del centro nacional de hotelería turismo y alimentos y sus subsedes. PROGRAMA Salud _ESPECIALIDAD: Nutrición y alimentación en el

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.792.500 | 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** | **$ 3.792.500** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.235.563** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Cto 3433796** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.517.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 189.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 242.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.900 | $ 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 $ 3.800.400 | $ - | |
| 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 $ 1.216.128 | $ 379.250 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 745.188 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.235.563,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.360.000,00 | |
| 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 | 32.458,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$ 3.760.042,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

**Asistencia a capacitación presencial para instructores**
**Asistencia a inducción a procesos pedagógicos**
**Alistamiento de las fichas en Territorium**
**Creación de Anuncios en territorium**
**Contestación de correos a estudiantes**
**Contestación foros social y dudas e inquietudes**
**Clase sincrónica de inicio de curso con respectiva grabación**
**Realización y cumplimiento de cronograma de fichas**
**Preparación de temas para asesorías del curso**

**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.

**VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO**
**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,

**SONIA YAMILE ACUNA LESMES**
**INSTRUCTOR G20**

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

**CARLOS ALBERTO BARON SERRANO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# Resultados del registro de novedades de reingreso

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

| | |
|---|---|
| **Número de Solicitud** | **6l_10790** |

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

| | |
|---|---|
| **Ingreso** | |
| **Afiliado** | CC 53053618 VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO |
| **Tipo de cotizante** | 3 Independiente |
| **Salario Base** | $ 4,000,000 |
| **Fecha de ingreso** | 19/01/2022 |
| **Fecha de radicación** | 19/01/2022 05:39:38 p.m. |
| **Código de Transacción** | 129819249 |
| **Resultado del Ingreso** | |
| **Novedad aplicada con éxito** | El período de inicio de pago es 01/2022 |

Fecha de generación 19/01/2022

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **53053618** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 53053618 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO |
| TIPO DE AFILIADO | SEGUNDO COTIZANTE |
| PARENTESCO | COMPAÑERO (A) PERMANENTE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/07/2012 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 475 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **19/01/2022**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.053.618**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14806915839

(415)7707212489984(8020) 000001480691583 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 3 0 5 3 6 1 8 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 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 | 5 3 0 5 3 6 1 8 | 2 0 0 2 1 1 1 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PARRA | PALOMINO | VIVIANA | ANDREA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 49 B 171 A 20 IN 12

42. Correo electrónico: viviparra1@gmail.com

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

## 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 6 9 2 | 2 0 0 8 0 2 1 5 | 8 5 4 3 | 2 0 1 6 0 4 0 1 | 7 0 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2022 - 01 - 20 / 15 : 20: 02

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 PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Consultorio Médico
DR. HENRY ENRIQUE OROZCO SOLANO
Médico Especialista en Salud Ocupacional - Reg. Med. 0896-9 Lic. SO: 10921



| | |
|---|---|
| Paciente | : VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO |
| Documento | : 53053618 |
| Edad | : 36 |
| Telefono | : 3006637903 |
| Email | : |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

| Examen | Tipo | Cargo | Empresa |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DE APTITUD LABORAL | INGRESO | ADMINISTRADORA Y CONSULTORA | INDEPENDIENTE |

| Aptitud | Resultado |
|---|---|
| Apto | SI |
| Apto con patologia no incapacitante | [ -.- ] |
| Apto para Trabajo en Alturas | [ -.- ] |
| Apto para Manipulacion de Alimentos | [ -.- ] |
| Apto con Restricciones | [ -.- ] |
| Periodico Satisfactorio | [ -.- ] |
| Egreso Satisfactorio | [ -.- ] |
| Aplazado | [ -.- ] |

| Restriccion |
|---|
| Ninguna. |

| Observacion |
|---|
| EXAMÉN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Paciente Normopeso, Sano, Sin Patologías Ocupacionales. Sistemas: Respiratorio, Cardiovascular, Neurológico, Osteomuscular, Gastrointestinal y Dermatológico sin Anomalías. Visiometria: Agudeza Visual Normal AO: 20/20 CC, OI: 20/20 CC, OD: 20/20 CC, Visión en Colores Normal AO. Temperatura 36.7 grados. |

| Recomendacion |
|---|
| : Mantener hábitos de vida saludable, dieta balanceada y actividad física regularmente, realizar pausas laborales activas por 5 minutos cada 2 horas de trabajo continuo, buena higiene postural, uso de los elementos de protección personal cuando se requiera. Control anual de exámenes médicos según profesiograma de la empresa. Ejercicios de estiramiento de piernas para favorecer el retorno venoso, normas de cuidado e higiene personal, mantener uñas limpias y cortas. |

| Firma Profesional | Firma Paciente |
|---|---|
| Henry Enrique Orozco Solano<br>Medico Salud Ocupacional - REG: Resolución No. 10921 de 11/10/2011 | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO<br>Se entrega certificado de aptitud al examinado, quien tiene un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas por el Médico Ocupacional. |



Centro Médico Orquideas Nit: 10004519-5
Carrera 18 A # 161-07 Piso 2. TEL: 391 0984 - 3125125977
info@centromedicoorquideas.com www.centromedicoorquideas.com

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

**EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 53053618**
Fecha: 2020-11-10

## COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

### 1. INFORMACIÓN GENERAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | PARTICULAR | Actividad económica: | PARTICULAR |
| Nombre: | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO | Documento: | 53053618 |
| Fecha de nacimiento: | 1984-10-18 | Lugar de nacimiento: | BOGOTA (CUNDINAMARCA) |
| Edad: | 36 años | Género: | Femenino |
| Dirección actual: | KR 49 B # 171 A 20 CSA 12 | Municipio: | BOGOTA, D.C. |
| Teléfono: | 3006637903 | Escolaridad: | Estudios_posgrado |
| Ocupación: | CONSULTORIA ADMINISTRATIVA | EPS: | Sura |
| Responsable: | HAROLD VILLOTA (ESPOSO) | Teléfono: | 3144016129 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |

### 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

| | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Congénitos | N | N | 4. Musculares | N | N | 7. Autoinmunes | N | N | 10. Cáncer | N | N |
| 2. Quirurgicos | N | N | 5. Tóxicos o alérgicos | N | N | 8. Cardiovasculares | N | N | 11. Tiroides | N | N |
| 3. Traumáticos | N | N | 6. Dermatológicos | N | N | 9. Metabólicos | N | N | 12. Otros | N | N |

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Congénitos | N | 5. Patologías de los párpados | N | 9. Patologías del iris | N | 13. Patologías musculares | N |
| 2. Quirúrgicos | N | 6. Patologías de la conjuntiva | N | 10. Patologías del cristalino | N | 14. Patologías de la visión | N |
| 3. Traumáticos | N | 7. Patologías de la córnea | N | 11. Patologías de la retina | N | 15. Glaucoma | N |
| 4. Infecciosas | N | 8. Patologías cámara anterior | N | 12. Patologías aparato lagrimal | N | 16. Otras Patologías | N |

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

### ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usa actualmente lentes? | Si | Desde qué edad usa lentes? | 0 |
| Tipo de lentes | Monofocal | Frecuencia de uso | Uso permanente |
| Último cambio de lentes? | 12 meses | Trae los lentes al exámen? | Si |

### 3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)

No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

### 4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

### 5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

### 6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

| | VISIÓN LEJANA | | | | VISIÓN CERCANA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sin lentes | Con lentes | Agujero estenopeico | | Sin lentes | Con lentes | Agujero estenopeico |
| Ojo derecho | 20/70 | 20/20 | | Ojo derecho | 0.50 m | 0.50 m | |
| Ojo izquierdo | 20/70 | 20/20 | | Ojo izquierdo | 0.50 m | 0.50 m | |
| Ambos ojos | 20/70 | 20/20 | No aplica | Ambos ojos | 0.50 m | 0.50 m | No aplica |

Ampliación de hallazgos

La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales CON CORRECCIÓN.

### EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cejas | N | Conjuntiva tarsal | N | Pupilas | N | Papila óptica | N |
| Pestañas | N | Conjuntiva bulbar | N | Cristalino | N | Mácula | N |
| Párpados | N | Córnea | N | Humor vitreo | N | Vasos sanguíneos | N |

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| Ojo derecho | -1.25 | | |
| Ojo izquierdo | -1.25 | | |
| ADICION | | | |

Ampliación de hallazgos
Se verifica que los lentes y la montura actual se encuentran en buen estado.

## EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Reflejo de Hirschberg sin lentes | N | Cover test visión lejana sin lentes | N | Ducciones ojo derecho | N |
| Reflejo de Hirschberg con lentes | N | Cover test visión lejana con lentes | N | Ducciones ojo izquierdo | N |
| Versiones ojo derecho | N | Cover test visión cercana sin lentes | N | Punto próximo de convergencia con objeto real | N |
| Punto próximo de convergencia con luz | N | Cover test visión cercana con lentes | N | Versiones ojo izquierdo | N |

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

## QUERATOMETRIA

Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados

Anotaciones acerca de los resultados:
NO APLICA

## REFRACCION

Tipo de retinoscopia realizada: Estática

| | Esfera | Cilindro | Eje | Agudeza visual |
|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | -1.25 | | | 20/20 |
| Ojo izquierdo | -1.25 | | | 20/20 |

## SUBJETIVO

| | Esfera | Cilindro | Eje | Agudeza visual |
|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | Neutro | | | 20/20 |
| Ojo izquierdo | Neutro | | | 20/20 |

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

## 7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

| | Esfera | Cilindro | Eje | AVL | AVC |
|---|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | -1.25 | | | 20/20 | 0.50 m |
| Ojo izquierdo | -1.25 | | | 20/20 | 0.50 m |
| Adición | | | | | |

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS: CONTINUAR CON CORRECCIÓN ÓPTICA ACTUAL
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

## 8. DIAGNOSTICOS

H521 - Miopía

## 9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO

Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene

## 10. RECOMENDACIONES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual
-Se recomienda no laborar sin lentes durante toda la jornada laboral

11. OBSERVACIONES FINALES
SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA GRACIAS A LA CORRECCIÓN QUE TIENE.

Claudia Lucia Farias

CLAUDIA LUCIA FARIAS RIVERA
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
RES.03318 de 12/10/1994
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES.10251 de 18/09/2014

VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO
Documento: 53053618

Escanee el código si desea verificar datos



Impreso por: maria.montero
Fecha: 2020-11-10 Hora: 10:37

## Hace constar:

Que el Sr(a) VIVIANA VIVIANA PARRA PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53053618 realizó el día 06/02/2022 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 VIVIANA VIVIANA PARRA PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53053618 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/01/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 19421065 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 8-64 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | accidentalidadsst@sena.edu.co | | | | |
| **Teléfono:** | 5978250 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC. | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 19421065 | CARLOS ALBERTO BARON SERRANO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1501 | 29/01/2022 | CC 53053618 | PARRA PALOMINO VIVIANA | 1 | 0.522 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

F17585739CE602F8C295547E3BF328AE Certificado impreso el día 1/28/2022 12:07:39 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS


www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
VIVIANA ANDREA
PARRA PALOMINO
53053618
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034
Este carné es personal e intransferible.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **06/02/2022**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53053618**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570456470004536** |
| Fecha de apertura | **12/11/2008** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CHAPINERO | 14 | 14-46-101068397 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 26 | 01 | 2022 | 01 | 02 | 2022 | 00:00 | 26 | 01 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :53,053,618 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CRA. 49 B NO. 171A-20 CASA 12 | CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 3006637903 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/ BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CARRERA 30 NO. 15-53 | CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 5960100 |
| 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. CO1.PCONTR.3433796 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE ACUERDO CON LOS PROGRAMAS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE MANERA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DEL CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS Y SUS SUBSEDES.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/02/2022 | 26/01/2023 | $ 2,844,375.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 2,844,375.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA LTDA. | 978040 | 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: CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.**

14-46-101068397

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General**

**FIRMA TOMADOR**

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

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

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

INT978040A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

# CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 14-46-101068397, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 26 días del mes de Enero de 2022



**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 14461010683970

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

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA C.C. C.C. :53,053,618 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101068397 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101068397 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA LTDA. - 978040 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**


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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 14461010683970

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA C.C. C.C. :53,053,618 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101068397 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101068397 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** | TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA LTDA. - 978040 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**
**SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101068397**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 830.009.578-6

**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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CUFE: 086ed27c46537a81116bdd9460493230400dcab7e93d690674cdb07f65966e745bb58399bebeb18aa3e6176711ff0ba2

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 14G-114614

Grandes Contribuyentes
I.V.A. Régimen Común
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511
Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-042065 13/10/2019
Resolución Dían No. 18764004148302. Fecha de vigencia desde 2020/09/14 hasta 2022/03/14 Con Prefijo 14G, Desde 1 A 500000.
Autoriza DE 1 AL 500000

| Fecha | Hora |
|---|---|
| 26 01 2022 | 00:00:00 |

**Fecha validación Dian:**2022/01/26 10:11:56

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA |
| **Cédula de ciudadanía:** | 53053618 |
| **Dirección:** | Cra 55 A 165-27 interior 12 apto 202 san diego. |
| **Teléfono:** | 3006637903 |
| **E-mail:** | VIVIPARRA1@GMAIL.COM |

| No. | Cód Ramo Comercial | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Uni | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 46 | POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 14 - 101068397 | 94 | 1 | 28,000.00 | 28,000.00 |

**Total**
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | 28.000,00 |
| Impoconsumo | 0.00 |
| IVA | 5.320,00 |
| Total | 33.320,00 |

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1100211174963-8

|(415)7709998021167(8020)11002111749638(3900)000000033320(96)20230201

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 28 de febrero de 2022

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1033115422** | **ANGIE GABRIELA VILLOTA PARRA** | **HIJO** |

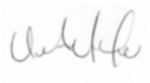
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO

C.C. 53053618

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1033115422

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53276487

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 60 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1068

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D? C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VILLOTA ------- | PARRA ------- |

Nombre(s)

ANGIE GABRIELA -------

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAY Día 01 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ---------- | 12785110-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA -----

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 53053618 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

VILLOTA VILLARREAL HAROLD FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 80.038.369 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

VILLOTA VILLARREAL HAROLD FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.No 80.038.369 DE BOGOTA D.C. | |

**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 2014 Mes MAY Día 15 | MARIA INES CASTRO DE ARIZA<br>Nombre y firma |

Éste registro es fotocopia auténtica del original que reposa en los archivos del Registro Civil y tiene valor probatorio permanente.

Esta copia se expide a solicitud de: Yanuio.

Villota identificado(a) con la Cédula de

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -