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 DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**01838-964831**
No. de documento	**347445**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOHANA LISSETTE MORALES SOSA	**C.C.**	46.457.031	**IP/Nº de contacto**	14461
Correo electrónico contratista:	instructor_liss@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO
Es Pensionado?	NO				
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	415070130012
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:	119405105/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**64322**	
Valor Total del Contrato	$ 39.975.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.975.000	**1**	**Del**	**07/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.977.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONÓMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD VIRTUAL A TRAVES DE HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS, SEGUN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACION QUE ATIENDA LA COORDINACION

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	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	**$ 3.997.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.356.463**	**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	----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 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	$ 399.750	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.356.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
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	34.213,00	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	**$ 3.963.287,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Oblig.1. Se dearrollo la planeación de la formación en las fichas 2282552:20 hrs – 2282555: 20 hrs – 2282558: 20 hrs – 2282561: 20 hrs – 2348664: 20 hrs - 2348700: 20 hrs - 2348736: 20 hrs -2374878: 20 hrs
Oblig. 2. Se siguieron los lineamientos establecidos en la guía de ambientes virtuales de aprendizaje
Oblig. 6. Se dearrollo la formación virtual para las fichas 2282552:20hrs –2282555:20hrs –2282558:20hrs – 2282561:20hrs– 2348664:20h 2348700: 20 hrs - 2348736: 20 hrs -2374878: 20 hrs2348700: 20 hrs - 2348736: 20 hrs -2374878: 20 hrs
Oblig. 7. Se realizo la evaluación de los rap vistos de las fichas 2282552: 20hrs – 2282555: 20hrs – 2282558: 20hrs – 2282561: 20hrs 2348664: 20 hrs - 2348700: 20 hrs - 2348736: 20 hrs -2374878: 20 hrs
Oblig. 8. Se implementó estrategias de formación para las fichas asignadas
Oblig. 14. Se aplica y se hace cumplir el reglamento del aprendiz y manual de convivencia.

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.

JOHANA LISSETTE MORALES SOSA
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,

HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA
INSTRUCTOR

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHANA LISSETTE MORALES SOSA identificado(a) con CC 46457031 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/05/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CLINICA BOYACA GALENICA U-T
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de enero del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

JOHANA LISSETTE MORALES SOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.457.031**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JOHANA LISSETTE MORALES SOSA, con Cédula Ciudadanía No. 46457031 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 03/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 10/02/2022 y fecha hasta 30/10/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202201012466934.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de febrero de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 15/02/2022 03:52:36 p. m.
ISCDC: 15/02/2022 03:52:36 p. m.

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHANA LISSETTE MORALES SOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46457031 realizó el día 14/02/2022 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 JOHANA LISSETTE MORALES SOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46457031 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 -

Cruz Roja Colombiana Seccional Boyacá Nit. 800.044.364-7 Carrera 16 A N. 10-26 Tels. 7610659 –3108521096 Duitama	CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL	FORMATO CRSB – SO - CMAL-02

Examen ocupacional de Ingreso X Periódico ☐ Egreso ☐ Pos- Incapacidad ☐

Exámenes con énfasis Osteomuscular

Pruebas Realizadas: Audiometría X Optometría X Espirómetro ☐ Vértigo ☐ Otros: Fonoaudiología

Laboratorios: Glicemia Pre - Perfil Lipidico - Cuadro Hematico Parcial Orina

Nombres y Apellidos	Johana Lissette Morales Sosa	Fecha	20-05-2021
Identificación	CC 46 457 031	Cargo	Instructora
Empresa	SENA		

CONCEPTO DE APTITUD

APTO SIN PATOLOGIA APARENTE		
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR		
APTO CON RESTRICCIÓN		
APLAZADO		
NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES FÍSICAS PARA EL CARGO		
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR		X
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL	Temporal	
	Definitiva	
EXÁMEN DE RETIRO NO SATISFACTORIO CON EVIDENCIA DE ENFERMEDAD		
EXÁMEN DE RETIRO SATISFACTORIO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD DE ORIGEN OCUPACIONAL		
APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS:	Apto	
	Apto con recomendaciones	
	Aplazado por:	
	No apto por:	

Dra. Nubia Patricia Cuy Especialista Salud Ocupacional RM: 3026-12

RECOMENDACIONES:

(1) Control OS optometra y oftalmología cada 6 meses (2) Usar gafas permanentes (3) Usar medias de la Vena Varice hasta la rodilla permanente (4) Apto en patología muslo izquierdo - cardiovascular.

Valoración en E.P.S.		Uso de corrección visual para laborar		Manejo adecuado de cargas	
Higiene Postura		Control De Peso		Citologia Vaginal	
Pausas Activas		Ejercicio Fisico		Examen de Próstata	
Uso De Elementos De Protección Personal		Control De Valores De Lipidos		Valoración Nutricional	
Medidas Anti estasis Venoso		Examen De Seno		Glicemia	
Control por Medicina Laboral		Valoración y seguimiento por ARL		Vacunación contra Fiebre Amarilla	
Vacunación contra Hepatitis B		Vacunación Antitetánica			

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO	Visual X	Auditivo ☐	Ergonómico ☐	Cardiovascular ☐	Otro ☐ Cuál: Cada 6 meses

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado

X

FIRMA DEL EXAMINADO
C.C. 46457031

Dra. Nubia Patricia Cuy Especialista Salud Ocupacional RM: 3026-12

FIRMA DEL MEDICO
C.C.
REGISTRO MEDICO Y LICENCIA S. O.

Cruz Roja Colombiana

LABORATORIO CLINICO

FECHA:	IDENTIFICACION:
20/ MAYO/ 2021	**46.457.031**
NOMBRE:	EDAD:
JOHANA LISSETTE MORALES SOSA	**36 AÑOS**

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA
(Automatizado)

PARAMET		RESULT		RANGO REF	PARAMET		RESULT		RANGO REF
WBC		5.0	$x\ 10^9/L$	4.0 - 1.0	**MVC**		85.2	fL	80.0 – 100.0
Lymp #		2.0	$x\ 10^9/L$	0.8 – 4.0	**MCH**		28.9	Pg	27.0 – 34.0
Mid #		0.3	$x\ 10^9/L$	0.1 – 1.2	**MCHC**		34.0	g/dL	32.0 – 36.0
Gran #		2.7	$x\ 10^9/L$	2.0 – 7.0	**RDW – CV**		13.0	%	11.0 – 16.0
Lymp %		39.3	%	20.0 – 40.0	**RDW – SD**		38.7	fL	35.0 – 56.0
Mid %		7.6	%	3.0 – 14.0	**PLT**		181	$x\ 10^9/L$	100 – 300
Gran %		53.1	%	50.0 – 70.0	**MPV**		9.4	fL	6.5 – 12.0
HGB		14.0	g/dL	11.0 – 16.0	**PDW**		14.7		9.0 – 17.0
RBC		4.83	$x\ 10^{12}/L$	3.50 – 5.50	**PCT**		0.170	%	0.108 – 0.282
HCT		41.1	%	37.0 – 54.0					

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	235 mg/dl	hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	78 mg/dl	hasta 150 mg/dl
COLESTEROL HDL	39 mg/dl	mayor de 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	180 mg/dl	hasta 150 mg/dl
GLICEMIA	81 mg/dl	80-110 mg/dl

MICROSCOPIA

EXAMEN DE ORINA

FISICO - QUIMICO		SANGRE	Negativo
COLOR	Amarillo	SEDIMENTO URINARIO	
ASPECTO	Turbio	BACTERIAS	+ (una cruz)
DENSIDAD	1030	LEUCOCITOS	8 - 10 x campo
pH	5.0	CEL. EPITELIALES	4 - 6 x campo
LEUCOCITOS	Negativo	CEL. EPITELIO RENAL	no se observan
GLUCOSA	Negativo	HEMATIES	0 - 2 x campo
NITRITOS	Negativo	BLASTOCONIDIAS	no se observan
PROTEINAS	Positivo	MICELIOS	no se observan
CETONAS	Negativo	MOCO	+++ (tres cruces)
UROBILINOGENO	Normal	CRISTALES	Oxalato de Calcio
BILIRRUBINAS	Negativo		

Lorena Cárdenas
T.P. 1053664848
Bacteriólogo y Lab. Clínico
Uniboyacá

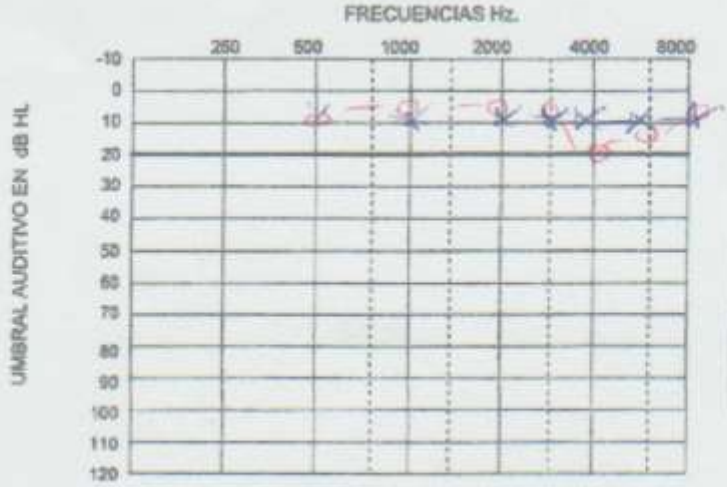
Audífonos y Accesorios

DRA. ADRIANA ROCÍO GONZÁLEZ CAMARGO
FONOAUDIÓLOGA
ESPECIALISTA EN AUDIOLOGÍA
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FICHA AUDIOLOGICA

FECHA Mayo 20/21. H.C 46 457 031
NOMBRE Johana Lissette Morales S. EDAD 36
TELÉFONO CARGO Instructora
ANTECEDENTES Acufenos ocasionales - NO ruido
OTOSCOPIA O.D. Normal O.I. Normal
REMITIDO POR

AUDIOMETRIA TONAL



CONVENCIONES

MODALIDAD	O.D	O.I	INESPECIFICO
C.A	O	X	
C.O	<	>	A
C.A. MASKING	Δ	□	
C.O. MASKING	[	]	
CAMPO LIBRE			S
CAMPO LIBRE AUDIFONO			A

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
Sensibilidad auditiva normal bilateral.
SS/ Control anual

ADRIANA ROCIO GONZALEZ CAMARGO

Adriana R. González C.
FONOAUDIOLOGA
Esp. Audiología Clínica
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 1941

AUDIFONOS Y ACCESORIOS
CARRERA 14 No. 11-29
TELEFONOS 7624769 - 311 2173966 - MAIL audifonosyaccesorios@hotmail.com
DUITAMA

ProVer
Salud Visual Integral

CERTIFICADO DE VISIOMETRIA

Fecha : 20 Mayo 2021

PROVER "SALUD VISUAL INTEGRAL"

CARRERA 14 # 13 72 Tel : 3143956500 7603565

OPTOMETRA:ELIZABETH RAMIREZ MERCHAN

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

FECHA: 20/05/2021 **CIUDAD:** DUITAMA

NOMBRE: JOHANA LISSETTE MORALES SOSA **IDENTIFICACION** CC 46457031

EMPRESA: CRUZ ROJA COLOMBIANA **CARGO:** CRUZ ROJA COLOMBIANA

OCUPACION: DOCENTE **EDAD:** 38 **SEXO** F

Motivo de Consulta: REMITIDO DE EMPRESA PARA VALORACION OPTOMETRIA OCUPACIONAL. INGRESO. USA LENTE INTRAOCULAR DERECHO. VE BIEN POR OJO IZQUIERDO, BORROSO POR OJO DERECHO. USA PC Y CEL 10 HORAS DIARIAS

Antece.Peronales Oculares: OD OPERADO DE CATARATA Y TIENE LENTE INTRAOCULAR, SOSPECHA DE GLAUCOMA

Antecedentes Ocupacionales: ASMA ALERGICA

Lentes en Uso: NO USA

Anamnesis- Sintomas:

Examen Externo: DISCORIA OJO DERECHO

A.V.: Sin Corrección: V.LEJANA: V.PROXIMA

OD:20/200 PH20/70 NI TITULO

OI: 20/20 J1

Keratometria:

	MERIDIANO1	MERIDIANO2	EJE	ASTIG.CORNEAL	OTROS HALLAZGOS
DERECHO:	42.25	45.25	11	-3.00	
IZQUIERDO:	43.75	44.50	177	-0.75	

Estereopsis: STEREO FLY TEST AUSENTE

Test de Color: OD: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL

OI: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL

Biomicroscopia: OD: DISCORIA

OI: SEGMENTO ANTERIOR NORMAL

Fondo de ojo: LENTE INTRAOCULAR OJO DERECHO, FONDOSCOPIA APARENTEMENTE NORMAL SIN DILATACION PUPILAR.

Cover Test: Lejana: EXOTROPIA DERECHA Próxima: EXOTROPIA DERECHA

PPC: Metodo: LUZ Distancia: 10.00

Notas Examen Motor: NORMAL

DIAGNOSTICOS:

Ojo: DERECHO	H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA
Ojo: AMBOS	H522	ASTIGMATISMO
Ojo: AMBOS	H501	ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE
Ojo: AMBOS	H533	OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR

Conducta: REQUIERE USO PERMANENTE DE RX ÓPTICA DE DESCANSO VISUAL, NO REALZIAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN PERPECPIÓN DE PORFUNDIDAD, CONTROL ANUAL

ELIZABETH RAMIREZ MERCHAN
REGISTRO 1251 CTNPO

FIRMA DEL PACIENTE

AUDIFONOS Y ACCESORIOS
NIT 900438987-1
CARRERA 13 No. 16-10 EDIFICIO UNITEN
TELEFONOS 7602663 3214009384
Mail:audifonosyaccesorios@hotmail.com
DUITAMA

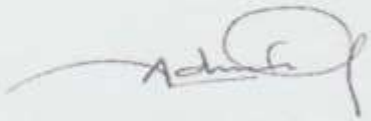
EXAMEN FONOAUDIOLOGICO OCUPACIONAL

Mayo 20 de 2021

NOMBRE: Lissette Morales
cc: 46.457.031
EDAD: 36 años
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL CARGO: INSTRUCTOR

EVALUACION DE ORGANOS FONOARTICULATORIOS:
LENGUA: Normal
LABIOS: Normal
PALADAR DURO: Normal
PALADAR BLANDO: Normal
DIENTES: Completos
MORDIDA: Normal
PRAXIAS OROFACIALES O BUCOLINGUOFACIALES:
Las praxias linguales, labiales y en secuencia se encuentran coordinadas.
CUALIDADES VOCALES PERCEPTUALES: Intensidad, tono y timbre adecuados.
OTOSCOPIA: OD: normal OI: normal
HABLA Y ARTICULACION: Normales, buena pronunciación, fluida con buen ritmo, tanto en habla como en lectura.
RESPIRACION: Tipo Costodiafragmático.
LENGUAJE EXPRESIVO: Normal, fluido, amplio vocabulario.
LENGUAJE COMPRENSIVO: Abstrae adecuadamente ideas principales y secundarias del texto.
NIVEL PRAGMATICO: Tiene buen uso.

IDX: El paciente a nivel fonoaudiológico se encuentra dentro de valores de normalidad.
OBSERVACIONES: Se dan pautas de higiene vocal, entrenamiento de la voz como calentamiento previo al discurso, uso de micrófono para desenvolverse en recinto abierto, se recomienda trabajar el tipo respiratorio abdominal, control periódico por fonoaudiología.



ADRIANA R GONZALEZ C
FONOAUDIOLOGA ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA E.C.R
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO U.P.T.C
T.P 0901431

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14760821387

(415)7707212489984(8020) 000001476082138 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 6 4 5 7 0 3 1	8	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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	46457031	2 0 0 2 1 1 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	SOSA	JOHANA	LISSETTE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal
CL 15 B 5 34 AP 202

42. Correo electrónico instructor_liss@misena.edu.co

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

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
8 5 5 1	2 0 2 1 0 6 0 1	7 4 9 0	2 0 1 6 0 2 0 1	8 5 4 2	8 5 4 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 2021 - 05 - 19 / 23 : 51: 15

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 MORALES SOSA JOHANA LISSETTE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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	14-46-101072427	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
02	02	2022	28	01	2022	00:00	06	02	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MORALES SOSA JOHANA LISSETTE			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :46,457,031
DIRECCIÓN:	CALLE 15B 5 34 AP 202	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3015119266

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS REGIONAL DISTRITO CAPITAL			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 NO 65-10	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	5461600
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. 11-9405-105 DE 2022 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS CLAVES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN EL ÁREA TEMÁTICA DE INGLÉS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO SERVICIOS FINANCIEROS POR LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2022	06/02/2023	$ 3,198,000.00

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	$ 3,198,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
FORTE SEGUROS LTDA	164119	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.

14-46-101072427

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

DLF164119B

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. 14-46-101072427, anexo 0, no expira 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 2 días del mes de Febrero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101072427

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. 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIMN.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1079 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO LA INDEMNIZACIMN SER PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIMN, NO ESTAR OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA REPARACIMN O RECONSTRUCCIMN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIMN DE ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARTULA DE ESTA PMLIZA SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO PARA CADA AMPARO. DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIMN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODR DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

4. VIGENCIA.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PMLIZA, SE HAR BAJO SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIMN DEL LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARTULA DE LA CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL MISMA O EN SUS ANEXOS. CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIMN DE ESTA PMLIZA, LA CESIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANT1A.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBER GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ART1CULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBER SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PMLIZA, SER:

RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HAR EFECTIVA LA CLUSULA PENAL O CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SER CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA

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

5.4 EN LOS DEMS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PjBLICO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIR EL ACTO ADMINISTRATIVO SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODR PROHIBIR O LIMITAR CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDER A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIMN PARA LA COMPAH1A 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 ART1CULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIMN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIMN COMO MEDIO DE EXTINCIMN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ART1CULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDR EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBER TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIMN ENTRE VARIAS

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ART1CULO 1080 DEL CMDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBER EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ART1CULO 1077 DEL CMDIGO DE COMERCIO, A TRAVS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES. LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDER DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANT1A DE LA PRDIDA SI FUERE EL CASO.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIMN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PMLIZA DEBA SER 5.1 ASEGURADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIMN 1.1 DE STA PMLIZA, Y DISPONGA LA INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIR UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIMN DE LA PMLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAHAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIMN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROS1, CLUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EFECTIVIDAD DE STE AMPARO A SEGURESTADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIMN, SER EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAR EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIMN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDR LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTAR LA COLABORACIMN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO

STA FACULTAD.

11. NO CANCELACIMN DE LA PMLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PMLIZA NO EXPIRAR POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODR SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PMLIZA, PREVALECERN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIMN SE DISTRIBUIR Y HAR EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIMN A LAS CUANT1AS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIMN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000025159563(3900)00000000033320(96)20220203

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO Nº: 30000025159563 **HACE**

CONSTAR QUE:

FECHA	
02/02/2022 03:57p.m.	

RECIBIMOS DE: MORALES SOSA JOHANA LISSETTE — CC. 46.457.031

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

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000025159563

Póliza/s	**Importe SubTotal**	**IVA**	**Importe Total**
14-46-101072427	$28.000,00	$5.320,00	$33.320,00

FORMA DE PAGO

Proveedor de Servicios Electrónicos - Cuenta Nro. 2010 $33.320,00

EFECTIVO:	$0,00
CHEQUE:	$0,00
TARJETA:	$0,00
BD:	$33.320,00
OTROS:	$33.320,00

TRANSACCION: 0002515956

TOTAL: $33.320,00

Cajero Rapiestado

02/02/2022 3:57:59p. m.

172.16.10.29

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JOHANA LISSETTE MORALES SOSA Identificado con CC 46457031

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina , con las siguientes características:

Número:	24099114051
Fecha de apertura:	13 de Enero de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a Sena, el 17 del mes Febrero de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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.	**1141131274**	**Alejandra Abril Morales**	**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,



JOHANA LISSETTE MORALES SOSA
C.C. 46457031 De Duitama

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1141131274

Indicativo Serial 56154227

56154227

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Y

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

** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ABRIL**********	MORALES**********

Nombre(s)

ALEJANDRA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes AGO Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	13079830-6*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES SOSA JOHANA LISSETTE**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 46457031 DE DUITAMA**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ABRIL GUEVARA LUIS ALBEIRO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80220306 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ABRIL GUEVARA LUIS ALBEIRO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80220306 DE BOGOTA**********	

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 SEP Día 04	JAIME ALEJANDRO CASTRO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
**********	********** Nombre y firma

ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA NOTARÍA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

(Artículo 115 Decreto 1250 de 1970)

Dado en Bogotá, D.C. a: 05 SET. 2014

26

NOTARÍA 67 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -