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 NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR
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	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**34511-576489**
No. de documento	**357156**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA	**C.C.**	1.090.387.772	**IP/Nº de contacto**	3012050208
Correo electrónico contratista:	arubio277@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		450700071449	
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:	3356273/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**12422**	
Valor Total del Contrato	$ 40.950.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.950.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.050.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANER Y ORIENTAR LA FORMAC

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		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	**$ 3.900.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**		**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	----------	**56959099**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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	$ 390.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Departamental	78.000,00	2,000%
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	**$ 3.822.000,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GESTION ADMINISTRATIVA HORAS: 120
SEMANA DE ALISTAMIENTO HORAS: 40

TOTAL HORAS: 160 HORAS

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.

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
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,

HUGO LEON TABORDA OCAMPO
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

EDUARDO RIVERA SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1090387772	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA	Calle 4N numero 3e 179 capillana	3012050208	angelikarubio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	22/02/2022	56959099	$290.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1090387772	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA		Calle 4N numero 3e 179 capillana	3012050208	angelikarubio@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	22/02/2022	56959099	$290.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1090387772	RUBIO ZERPA ANGELICA MARIA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS037	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	1	5.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA identificado(a) con CC 1090387772 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/10/2012**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UBA VIHONCO SAS GRAN COLOMBIA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de febrero 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.387.772**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1090387772, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 16/12/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012649617.

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 22/02/2022 4:27:41 p. m.
ISCDC: 22/02/2022 4:27:41 p. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14792588644

(415)7707212489984(8020) 000001479258864 4

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

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	1 0 9 0 3 8 7 7 7 2	2 0 0 5 1 1 2 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUBIO	ZERPA	ANGELICA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 4 N 3 E 179 BRR CAPILLANA

42. Correo electrónico: angelicarubiozerpa@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 5 1	2 0 2 1 0 1 1 5	4 7 1 9	2 0 2 0 1 1 2 0		4 7 6 1	8 5 6 0

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3 3 3 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 - 10 - 13 / 10 : 55: 35

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 RUBIO ZERPA ANGELICA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR	**FECHA**	29/01/2020
NOMBRE	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA		
CEDULA	1090387772 **DE** CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	32 **F. NACIMIENTO** 09/11/1987 **LUGAR** CUCUTA		
DIRECCION	CALLE 4N # 3E-179 CAPILLANA		
TELEFONO	NO **CELULAR** 3012050208 **ESTADO CIVIL**		
NIVEL EDUCATIVO	UNIVERSITARIO **CENTRO DE TRABAJO** SENA		
AREA	ADMINISTRATIVA **PROFESION** COMERCIO EXTERIOR		
CARGO	INSTRUCTOR DE AULA **EPS** NUEVA EPS		
AFP	PORVENIR **ARL** POSITIVA		

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

			EXPOSICION A RIESGOS					
TIEMPO	**EMPRESA**	**CARGO**	**F**	**Q**	**BM**	**B**	**S**	**P**
5 AÑOS	SENA	INSTRUCTOR DE AULA	SI	NO	SI	NO	SI	SI
N/A	NO REPORTA	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO
N/A	NO REPORTA	N/A	NO	NO	NO	NO	NO	NO

2.2. ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDAD LABORAL

EVENTO O ENFERMEDAD LABORAL	AT	EL	FECHA	TIPO	LESION Y PARTE DEL CUERPO
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A

SECUELAS NO

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO

3.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSION	NIEGA	**CANCER**	ABUELA Y TIA M MAMA	**T.B.C.**	NIEGA
CARDIOPATIAS	NIEGA	**ASMA**	NIEGA	**OSTEOMUSCULARES**	NIEGA
DIABETES	NIEGA	**VARICES**	NIEGA	**SINDROME CONVULSIVO**	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA	**ARTRITIS**	NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NIEGA
ACV	NIEGA	**OTROS**	NIEGA		

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

CONGENITAS	NO	**CARDIOVASCULAR**	NO	**OSTEOMUSCULAR**	NO	**PSIQUIATRICOS**	NO
INMUNOPREVENIBLES	NO	**PULMONAR**	SI	**ALERGICO**	SI	**FARMACODEPENDENCIA**	NO
INFECCIOSA	NO	**GASTROINTESTINAL**	NO	**TOXICOS**	NO	**NO REFIERE**	NO
SISTEMICA	NO	**GENITOURINARIA**	NO	**FARMACOLOGICOS**	NO	**QUIRURGICO**	SI
OJOS	NO	**DEFORMIDADES**	NO	**TRAUMATICO**	NO	CESAREA 26/12/2017	
AGUDEZA	NO	**NEUROLOGICO**	NO	**TRANSFUSIONES**	NO		
NASOFARINGEA	NO	**PIEL**	NO	**VENEREAS - SIDA**	NO		

OBSERVACIONES : ASMA EN LA INFANCIA. RINITIS ALERGICA.

3.3. ANTECEDENTES TRAUMATICOS

LESION O TRAUMA	SI/NO	AÑO	PARTE DEL CUERPO	SECUELAS
FRACTURAS	NO	N/A	N/A	N/A
LUXACIONES	NO	N/A	N/A	N/A
ESGUINCES	NO	N/A	N/A	N/A
C. SENTADO	NO	N/A	N/A	N/A
C. CON TORCION	NO	N/A	N/A	N/A
OTROS	NO	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES NIEGA

3.4 GINECOBSTETRICOS

CICLOS	28/3-5	**F. ULTIMA MENSTRUACION**	16/01/2020	**HIJOS VIVOS**	1	**GESTACIONES**	1	**PARTOS**	NO
ABORTOS	NO	**CESAREAS**	1	**PLANIFICA**	NO				
CITOLOGIA	SI	**RESULTADO**	02/2018 NORMAL						
MAMOGRAFIA	SI	**RESULTADO**	01/2018 NOMAL						

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

3.5 HABITOS

FUMA	NO	**FUMABA**	NO		
ALCOHOL	NO	**CAFE**	NO	NIEGA	
DEPORTE	SI	**REGULARIDAD**	ZUMBA DIARIA	**OFICIOS EXTRAS**	NO

3.6 INMUNIZACIONES - VACUNAS

HEPATITIS B	SI	**FIEBRE AMARILLA**	SI	**TETANO**	SI	**INFLUENZA**	SI	**VARICELA**	NO	**OTRAS**	NO

REVISION POR SISTEMAS : ASINTOMATICA. PAI.

4. REVISION

PESO	66	**TALLA**	157	**I.M.C.**	26.7	**PULSO X MIN**	84	**RESPIRACION X MIN**	16

TENSION ARTERIAL	120/80	DIESTRO	

4.1. EXAMEN FISICO

1.ESTADO NUTRICIONAL	Anormal	**13.OTOSCOPIA**	Normal	**25.INSP. TORAX SENOS**	Normal
2.PIEL	Normal	**14.INSP. EXT. NARIZ**	Normal	**26.AUSCULTACION RESPIRATORIA**	Normal
3.FANERAS	Normal	**15.RINOSCOPIA**	Normal	**27.AUSCULTACION CARDIACA**	Normal
4.PALPACION CRANEO	Normal	**16.LABIOS**	Normal	**28.INSPECCION DE ABDOMEN**	Normal
5.FONDO DE OJO	Normal	**17.MUCOSA BUCAL**	Normal	**29.INSP. MIEMBROS SUPERIORES**	Normal
6.GENITALES EXTERNOS	No Examinado	**18.ENCIAS**	Normal	**30.INSP. MIEMBROS INFERIORES**	Normal
7.PARPADOS	Normal	**19.PALADAR**	Normal	**31.INSP. COLUMNA VERTEBRAL**	Normal
8.CONJUNTIVAS	Normal	**20.DIENTES**	Normal	**32.PALPACION COLUMNA**	Normal
9.AGUDEZA VISUAL	Normal	**21.VARICES**	Normal	**33.PULSO RADIAL Y PEDIO**	Normal
10.PUPILAS	Normal	**22.FARINGE**	Normal	**34.REFLEJOS TENDINOSOS**	Normal
11.REFL. FOTOMOTOR	Normal	**23.AMIGDALAS**	Normal	**35.ARTICULACIONES**	Normal
12.INSP. EXT. OIDOS	Normal	**24.INSP. CUELLO**	Normal	**36.NEUROLOGICO**	Normal
ALINEACION COLUMNA VERTEBRAL	NORMAL			**37.ESFERA MENTAL**	Normal

ANORMALES : 1. SOBREPESO

5. EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA	SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL BILATERAL.	**GLICEMIA**	85
OPTOMETRIA	ŸOD ASTIGMATISMO BAJO - OI EMETROPE	**HEMOCLASIFICACION**	
ESPIROMETRIA		**CUADRO HEMATICO**	NORMAL
RX TORAX		**SEROLOGIA**	
RX COLUMNA		**TRIGLICERIDOS**	152
COLESTEROL	143	**VISIOMETRIA**	
COLESTEROL LDL	44	OTROS: PARCIAL D ORINA, NORMAL	
COLESTEROL HDL	68		

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: 1.ASTIGMATISMO BAJO

OBSERVACIONES: NINGUNA

RECOMENDACIONES: 1.CAPACITACION EN NORMAS DE HIGIENE, SEGURIDAD INDUSTRIAL, POSTURAS,, HIGIENE DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS, PREVENCION FATIGA VISUAL, HIGIENE DE VOZ
2.ACONDICIONAMIENTO FISICO.
3.UTILIZAR CORRECCION VISUAL.

Ingresa al programa de gestión para la prevención del peligro : N/A

HAGO CONSTAR Y CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE SUMINISTRE AL MEDICO SON REALES Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD EN CASO CONTRARIO

FERNANDO C. MIGUES PORRAS
REGISTRO MEDICO 10890
LICENCIA S.O. 1142

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO

DOCTORA ADRIANA CASTAÑEDA MILLAN
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
Avenida 3AE # 5-47 La Ceiba Tels. 5774350

S: 0

NOMBRE:	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA			**N° CONSULTA:**	20290106
ID PACIENTE:	1090387772	**EDAD:** 32	**SEXO:** F	**FECHA:**	29/01/2020
				HORA Exam.	11:36:00 a. m.
MEDICO:			**EMPRESA:**		PRINSO IPS

RESULTADOS DEL EXÁMEN

CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO IV

RESULTADOS

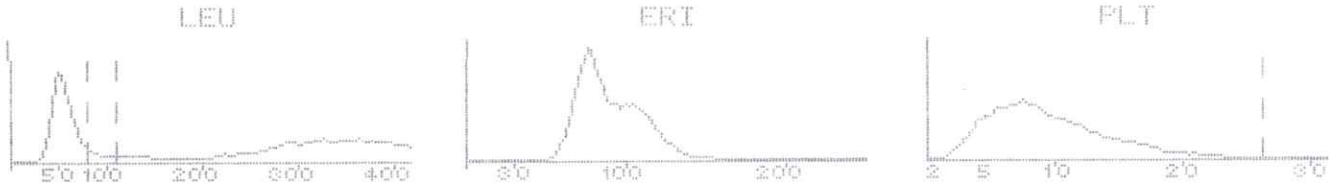
FECHA:29/01/2020 HORA:09:05
ID : 701
Num. SEC.: 10
ENCENDIDO SATISFACTORIO

Alarmas PLT: SCH

LEU :	9.7	$10^3/mm^3$	(3.5 - 10.0)	VCM :	87	μm^3	(80 - 97)
ERI :	4.59	$10^6/mm^3$	(3.80 - 5.80)	HCM :	30.7	pg	(26.5 - 33.5)
HB :	14.1	g/dl	(13.6 - 16.5)	CCMH:	35.3 H	g/dl	(31.5 - 35.0)
HTC :	39.9	%	(35.0 - 50.0)	IDE :	16.1 H	%	(10.0 - 15.0)
PLT :	290	$10^3/mm^3$	(150 - 390)	VPM :	10.3	μm^3	(6.5 - 11.0)
PTC :	.298	%	(.100 - .500)	IDP :	14.8	%	(10.0 - 18.0)

Alarmas LEU: G3
DIFF :

%LIN:	34.0	%	(17.0 - 48.0)	#LIN:	3.2	$10^3/mm^3$	(1.2 - 3.2)
%MON:	3.8 B	%	(4.0 - 10.0)	#MON:	0.3 B	$10^3/mm^3$	(0.3 - 0.8)
%GRA:	62.2	%	(43.0 - 76.0)	#GRA:	6.2	$10^3/mm^3$	(1.2 - 6.8)



Firma y Sello Autorizados

AUDIOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2020/01/29
NOMBRE	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA				
CEDULA	1090387772	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	32	**F. NACIMIENTO**	1987/11/09	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	CALLE 4N # 3E-95 CAPILLANA				
TELEFONO		**CELULAR**	3012050208	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	EPP	TIPO
SENA	INSTRUCTOR DE AULA	5 AÑOS	NO	NO REFIERE
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO	NO REFIERE

3. EXPOSICION AL RUIDO

Exp. Ruido NO Tiempo jornada NIEGA Tiempo NIEGA años EPP NO Espuma NO Plastico NO Silicona NO Orejera NO

Exp. Extralaboral Ruido NO Tejo NO Audífono NO Moto NO Discoteca SI Buceo NO Poligono NO Otras NINGUNA

4. ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares SI Cuales HTA

HTA NO Diabetes NO Otitis NO Meningitis NO Cirugia NO Exposición NO Trauma NO TCE NO Ototoxicos NO

Otros NO Cuales NINGUNA

Tinnitus NO Sordera NO Reclutamiento NO Vertigo NO Cefalea NO Otalgia NO Otorrea NO Oido Tapado NO

Otros NO Sintomas NINGUNA

5. ASPECTOS GENERALES

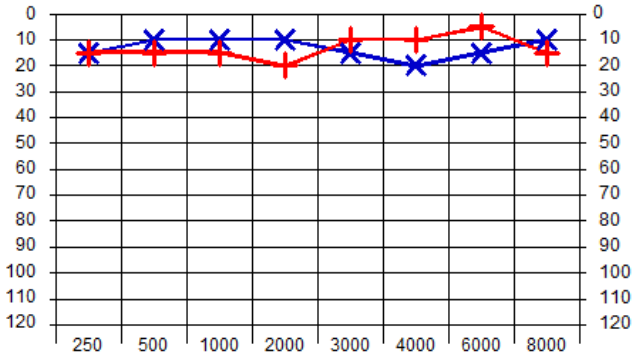
Audiometro marca MAICO MA41 Fecha calibración 2019/09/18

Larsen: O.D. NORMAL O.I. NORMAL

Otoscopia

O.D. NORMAL

O.I. NORMAL



6. AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O.D.	15	15	15	20	10	10	5	15
O.I.	15	10	10	10	15	20	15	10

DIAGNOSTICO SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL BILATERAL.

OBSERVACION NINGUNA

CONDUCTA SIN RESTRICCION AUDITIVA - CONTROL EN 12 MESES

DANNY EDUARDO BONILLA ESPINEL
REGISTRO 544767
LICENCIA S.O. 2133

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

ISO 9001 icontec

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

INFORME DE EVALUACIÓN FONIÁTRICA OCUPACIONAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA **C.C:** 1090387772 **Edad:** 32 años
Empresa: SENA INSTRUCTOR **Oficio:** Instructor de Aula **Tiempo de vinculación:** 60 meses
Horas laboradas al día: 8 horas

REPORTE	
FEMENINO NORMALIDAD: TMF-TMS 15 seg a 25 seg. POSIBLE PATOLOGIA RESPIRATORIA: TMF –TMS se encuentran por debajo de 15 seg. POSIBLE PATOLOGIA LARINGEA: Cuando el TMS es mayor que el TMF.	■ ☐ ☐
MASCULINO NORMALIDAD: TMF-TMS 25 seg a 35 seg. POSIBLE PATOLOGIA RESPIRATORIA: TMF –TMS se encuentran por debajo de 25 seg. POSIBLE PATOLOGIA LARINGEA: Cuando el TMS es mayor que el TMF.	☐ ☐ ☐

NIVEL DE RIESGO			
FEMENINO:		**MASCULINO**	
TMS => 15seg a 25seg TMF=> 15seg a 25seg	**RIESGO NULO** ■	TMS => 25seg a 35seg TMF=> 25seg a 35seg	**RIESGO NULO** ☐
TMS > 15seg TMF < 15seg O TMS < 15seg TMF > 15seg	**RIESGO MEDIO** ☐	TMS > 25seg TMF < 25seg O TMS < 25seg TMF > 25seg	**RIESGO MEDIO** ☐
TMS < 15seg TMF < 15seg	**RIESGO ALTO** ☐	TMS < 25seg TMF < 25seg	**RIESGO ALTO** ☐

RECOMENDACIONES

- Hidratarse constantemente.
- Evite el consumo excesivo de alimentos picantes y con cafeína
- No carraspear
- No hablar excesivamente
- Evite hablar gritando o con un tono de voz muy elevado.



MABEL XIOMARA MOGOLLON TOLOSA
REGISTRO 1568
LICENCIA S.O. 002501



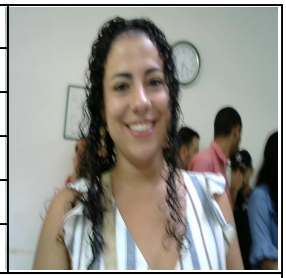
ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO LABORAL
EXAMEN DE INGRESO

LICENCIA S.O. 3700

FECHA 29/01/2020



EMPRESA SENA INSTRUCTOR

NOMBRE ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA

CEDULA 1090387772 **DE** CUCUTA

EDAD 32 **GENERO** F **CARGO** INSTRUCTOR DE AULA

PROFESION COMERCIO EXTERIOR

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS :

AUDIOMETRIA	SI	**COLESTEROL**	SI	**HEMOCLASIFICACION**	NO	**RX TORAX**	NO
OPTOMETRIA	SI	**COLESTEROL HDL**	SI	**CUADRO HEMATICO**	SI	**RX COLUMNA**	NO
ESPIROMETRIA	NO	**COLESTEROL LDL**	SI	**GLICEMIA**	SI		
VISIOMETRIA	NO	**TRIGLICERIDOS**	SI	**SEROLOGIA**	NO		

OTROS PARCIAL DE ORINA-FONIATRIA

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

1.CAPACITACION EN NORMAS DE HIGIENE, SEGURIDAD INDUSTRIAL, POSTURAS,, HIGIENE DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS, PREVENCION FATIGA VISUAL, HIGIENE DE VOZ
2.ACONDICIONAMIENTO FISICO.
3.UTILIZAR CORRECCION VISUAL.

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica :N/A

CONSTANCIA

Dejamos constancia que el trabajador firmó a satisfaccion el consentimiento informado para la realización de la evaluación médica y de todos los exámenes y pruebas complementarias. Adicionalmente certifico que se remitirán todos los documentos que conforman la Historia Medica del trabajor relacionado en esta certificación a la EPS asignada por él.

FERNANDO C. MIGUES PORRAS
REGISTRO MEDICO 10890
LICENCIA S.O. 1142

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

H. LLEGA 07:23:13 H. SALE 08:23:05

Calle 6 # 7E-26 Quinta Oriental. Teléfonos 5751474 - 5751709. Celular 3142968278 - 3153738562. www.prinsoips.com

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO



EMPRESA 2-1 SENA INSTRUCTOR **FECHA** 2020/01/29

NOMBRE ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA

CEDULA 1090387772 **DE** CUCUTA **GENERO** F

EDAD 32 **F. NACIMIENTO** 1987/11/09 **LUGAR** CUCUTA

DIRECCION CALLE 4N # 3E-95 CAPILLANA

TELEFONO **CELULAR** 3012050208 **CARGO** INSTRUCTOR DE AULA

PESO 64 **TALLA** 155 **I.M.C.** 26.6

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLICEMIA BASAL	84.70	mg/dL	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	143.00	mg/dL	HASTA 200 mg/dL
COLESTEROL HDL	68.40	mg/dL	MAYOR 35 mg/dL
COLESTEROL LDL	44.20	mg/dL	MENOR 150 mg/dL
TRIGLICERIDO	152.00	mg/dL	HASTA 150 mg/dL
UROANALISIS			
PARCIAL DE ORINA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIA		
DENSIDAD	1.030		
PH	5.0		
ALBUMINA	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVO		
HEMOGLOBINA	NEGATIVO		
CETONAS	NEGATIVO		
PIG. BILIARES	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS F-Q			
LEUCOCITOS MIC	0-2	X CAMPO	
HEMATIES	NO HAY	X CAMPO	
CELULAS	2-4	X CAMPO	
BACTERIAS	++		
MOCO	++		
CRISTALES			
ALBUMINA			
ASPECTO			
BACTERIAS			
CELULAS		X CAMPO	
CETONAS			
COLOR			
CRISTALES			
DENSIDAD			
GLUCOSA			
HEMATIES		X CAMPO	
HEMOGLOBINA			
LEUCOCITOS F-Q			
LEUCOCITOS MIC		X CAMPO	
MOCO			
NITRITOS			
PH			
PIG. BILIARES			
UROBILINOGENO			

LUZ ADRIANA CASTANEDA
REGISTRO 171

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

OPTOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA CONSERVACION DE LA SALUD VISUAL

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2020/01/29
NOMBRE	ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA				
CEDULA	1090387772	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	32	**F. NACIMIENTO**	1987/11/09	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	CALLE 4N # 3E-95 CAPILLANA				
TELEFONO		**CELULAR**	3012050208	**CARGO**	INSTRUCTOR DE AULA



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FR	PV	TIEMPO	PROM. H.E.	TOTAL H.E.	EFEC. EXP.
SENA	INSTRUCTOR DE AULA	NO	NO	4 AÑOS	0	0	0
NO REPORTA	N/A	NO	NO	N/A	0	0	0

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION NO	**DIABETES** NO	**MIGRAÑA** NO	**RINITIS** SI	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MIOPIA NO	**HIPERMETROPIA** NO	**ASTIGMATISMO** NO	**PRESBICIA** NO	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MOLESTIAS VISUALES NINGUNO					
ANT. FAMILIARES NO REPORTA					

4. AGUDEZA VISUAL

		V. LEJANA	V. CERCANA			
SC	O.D.	20/25	0.5 m	N/A	N/A	N/A
	O.I.	20/25	0.5 m	N/A	N/A	N/A

5. INSPECCION OCULAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
PINGUECULA Y/O PTERIGIO	NO	NO	NA
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	X	X	LEVE
SECRECION	NO	NO	NA
OTROS NA			

MOTILIDAD	**VL** ORHTO		**VP** X		**PPC** 7 CM		
OFTALMOSCOPIA	**OD:** MEDIOS TRANSPARENTES			**OI:** MEDIOS TRANSPARENTES			
RETINOSCOPIA	**OD:** -0.25-0.25	**AV** 20/20		**OI:** N	**AV** 20/20		
RX FINAL	**OD:** -0.25-0.25	**AV** 20/20		**OI:** N	**AV** 20/20		

6. OTROS ASPECTOS POR VALORAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
ESTEREO TEST	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
VISION DEL COLOR ISHIHARA	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
CAMPIMETRIA DE CONFRONTACION	NORMAL	NORMAL	NINGUNA

DIAGNOSTICO OD ASTIGMATISMO BAJO - OI EMETROPE

CONDUCTA CONTROL EN 1 AÑO

OBSERVACIONES SE RECOMIENDA LUBRICANTE OCULAR

YUDY CARDENAS
REGISTRO 304
LICENCIA S.O. 001949

ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA
C.C. 1090387772

Hace constar:

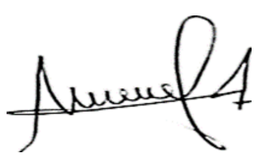
Que el Sr(a) ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1090387772 realizó el día 22/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 ANGELICA MARIA RUBIO ZERPA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1090387772 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 -

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:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101009685	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	24	01	2022	00:00	18	04	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RUBIO ZERPA ANGELICA MARIA		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,090,387,772
DIRECCIÓN:	CL 5 A NRO. 11 E - 31 COLSAG	CIUDAD: CUCUTA - NTE DE SANTANDER		TELÉFONO: 3012050208

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 2 N ENTRE AVDA 4 Y 5	CIUDAD: CUCUTA - NTE DE SANTANDER		TELÉFONO: 5461500
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.PCCNTR.3356273 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL ÁREA INGLS, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/01/2022	18/04/2023	$ 4,095,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,149.64	$ 8,000.00	$ 5,348.43	$ 33,498.07	$ 4,095,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
SEGUROS ALTAIR LTDA	215157	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA



96-46-101009685

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

900808076A

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. 96-46-101009685, 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 BUCARAMANGA, a los 26 días del mes de Enero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101009685

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 ESTARA 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: 174a0c3b1f8f52e2682de35f0b0cf20db379696d668db115625b789ba50586d89849920d19e13899e3f169da06e054a8

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 96G-56996

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 96G, Desde 1 A 500000.
Autoriza DE 1 AL 500000

Fecha	Hora
26 01 2022	00:00:00

Fecha validación Dian:2022/01/26 8:34:25

Razón Social:	RUBIO ZERPA ANGELICA MARIA
Cédula de ciudadanía:	1090387772
Dirección:	CL 5 A NRO. 11 E - 31 COLSAG
Teléfono:	3012050208
E-mail:	ANGELIKARUBIO@GMAIL.COM

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 96 - 101009685	94	1	28,149.64	28,149.64

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

Subtotal	28.149,00
Impoconsumo	0.00
IVA	5.348,00
Total	33.498,00

Firma Autorizada

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101411058946-2

|(415)7709998021167(8020)11014110589462(3900)000000033498(96)20230124

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

San José de Cúcuta, 21 de febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que si quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49.850.000).
e. Por el año gravable 2020, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta el 21 de febrero de 2022.



_____

ANGELICA RUBIO ZERPA

C.C. 1090387772

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José de Cúcuta, 21 de Febrero 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:

NUIP - NIP	**1094064467**	**MARIA ANGELICA GARCIA RUBIO**	**HIJO**

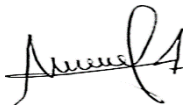
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: __Angélica María Rubio Zerpa___

C.C. _1.090.387.772_____

NOTARIA 7

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56018041

56018041

NUIP 1094064467

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 9 C

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

COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	RUBIO

Nombre(s): MARIA ANGELICA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes DIC Día 26	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIF.MED.CLINICA SAN JOSE	14333289-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUBIO ZERPA ANGELICA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.090.387.772 CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA NAVARRO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 13.278.386 CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA NAVARRO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 13.278.386 CUCUTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes Ene Día 02	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

UN FUNCIONARIO DE LA NOTARIA DEBIDAMENTE AUTORIZ, SE DESPLAZO HASTA EL DOMICILIO DE LOS PADRES A TOMARLE LAS HUELLAS A LA INSCRITA.

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA
MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ

El serial: 56018041 es fiel y auténtica copia de su original que reposa en el archivo de Registro Civil de esta Notaría.

Este Registro no tiene vencimiento, excepto para Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones y Celebración de Matrimonio.

Fecha: Cúcuta, 31/01/2022 Hora: 10:09:33

Nº 56427

RCNMD

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Notaría 7
Calle 11 #1E-125
e-mail: notaria7cucuta@...

Scanned by TapScanner