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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - EMPRENDE RURAL
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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**52094-030004**
No. de documento	**352742**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO	**C.C.**	14.893.993	**IP/Nº de contacto**	23609
Correo electrónico contratista:	calvarador@sena.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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		84856079829	
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:	3407284/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**8722**	
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**	**01/02/2022**	**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: CO1.PCCNTR.3406090PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS, CON BASE

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	----------	**Decreto 1273 de**
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 - 8523	7.083,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.988,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.970.429,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeacion y alistamiento
Concertacion de acciones de formacion
matriculas de fichas solicitadas 2491649 y 2491653

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.

CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO
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,

JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ
INSTRUCTOR G20

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO identificado(a) con CC 14893993 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE BUGA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730065733

(415)7707212489984(8020) 000001473006573 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 8 9 3 9 9 3	0	Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	

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 4 8 9 3 9 9 3	1 9 8 9 0 5 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVARADO	RENGIFO	CARLOS	ARTURO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CL 7 A 16 68 BRR SANTA RITA

42. Correo electrónico: calirengifo@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 1 0 1	0 1 6 1	2 0 2 1 0 1 0 1				2 3 2 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 09 / 16 : 22: 58

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 ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS

FORMATO SALUD OCUPACIONAL - FECHA: 2019-05-17

INFORMACION PERSONAL

Tipo documento
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero documento
14893993

Genero
MASCULINO

Nombre del paciente
CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

Ciudad
CARTAGO

Edad
48 Años 8 Meses 4 Dias

Cargo/Ocupaci?n
INSTRUCTOR

Entidad
PARTICULAR

MOTIVO DE CONSULTA

TIPO DE EXAMEN
INGRESO

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL

AUDIOMETRIA
NORMAL

AGUDEZA VISUAL
ALTERADO

HALLAZGOS:
REQUIERE USO DE LENTES DE CORRECCION

OTROS:
RIESGO CORONARIO A 10 AÑOS SU RIESGO DE EVENTO CORONARIO A 10 AÑOS ES DE UN: 4 %

RIESGO

MEDIO

CONCEPTO

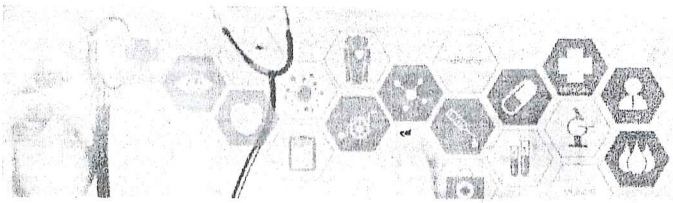
SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

OBSERVACIONES
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR . CONTINUAR EN SU EPS, PARA PATOLOGIA CRONICA Y VALORACION POR NUTRICION, SON IMPORTANTES LAS MEDIDAS EDUCATIVAS RELACIONADAS CON EL CONTROL ERGONOMICO DE LA HIGIENE POSTURAL EN SEDESTACIÓN Y EL MANEJO ADECUADO DE VIDEOTERMINALES, ADEMÁS DEL CONTROL DEL RIESGO PSICOLABORAL Y LA PROMOCION DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. DEBE ESTAR INCLUIDA EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE TIPO ERGONOMICO, CARDIOVASCULAR PSICOLABORAL Y VISUAL. SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS CUANDO ASUMA POSTURAS CORPORALES MANTENIDAS (<2H). REQUIERE CONTROL REGULAR DE PATOLOGÍA PRECEDENTE DE ORIGEN COMÚN A TRAVÉS DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SU EPS, SEGÚN PLAN DE SEGUIMIENTO.

La presente certificacion se expide con base en la historia clinica ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo esta regulado por la resolucion 2346 del 2007 0918 de 2009.

CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO
CC 14893993

MEDICO LABORAL



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 4.625

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	05 MES	2019 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO	MASCULINO	48 AÑOS 7 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	14893993 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

Celular
3175524334

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR HIPERTENSION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : POR OBESIDAD

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CON OBESIDAD QUE NO INFLUYEN CON SU CAPACIDAD LABORAL. DIETA ADECUADA, HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS. CONSULTAR EN SU EPS, POR NUTRICIONISTA Y POR PRESENTAR NIVELES DE TRIGLICERIDOS ALTERADOS PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, HIPERTENSO CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSOS EN SU EPS, USAR LENTES MEDICADOS CONTROL POR OPTOMETRÍA CADA AÑO EN SU EPS PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
-ADOPTAR Y FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ES VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS:
-(1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEXO EXTENSIÓN GENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA,
-(2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS (COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA.
-(3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA.
-(4) BAJAR DE PESO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ANAYA LA...

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO

CC: 14893993

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.
Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General- Esp. Salud Ocupacional.
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

AUDIOMETRIA

Fecha: Mayo 14/2019

Nombre: Carlos Arturo Alvarado Cedula: 16683943 Edad: 48a

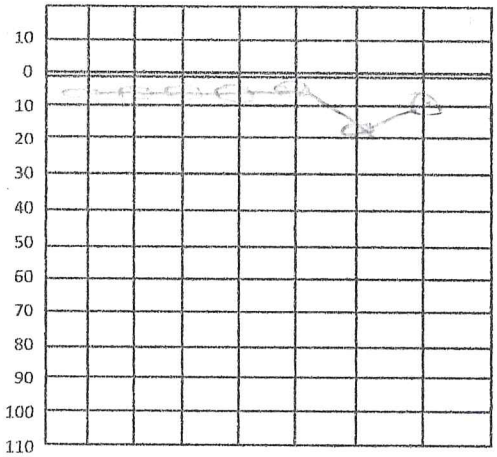
Empresa: SENA Cargo: INSTRUCTOR

Le han realizado audiometrías en el último año SI X NO _____

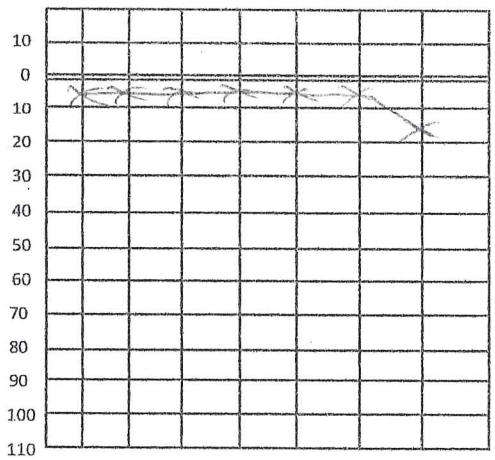
Resultado: Normal X Alterado _____ Explique _____

OTOSCOPIA	OD	OI	OBSERVACIONES
Tapón de Cerumen			
Conducto Auditivo Externo			
Membrana Timpánica			
Secreciones			
Otras			

OD



OI



OD	OI
O Aérea	X Aérea
< Osea	> Ósea
△ Masking	□ Osea
⊏ Masking	⊐ Masking

O.D.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	5	15	10	
Vía Ósea								

O.I.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	5	5	15	
Vía Ósea								

DIAGNOSTICO

O.D. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

O.I. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

HORAS REPOSO AUDITIVO _____

EQUIPO _____

FECHA CALIBRACIÓN _____

OTROS DIAGNOSTICOS:

OD _____

OI _____

OBSERVACIONES: Audición Normal

CONDUCTA A SEGUIR

- VALORACION CONFIRMATORIA ☐
- CONTROL EN UN (1) AÑO ☐
- CONTROL EN SEIS (6) MESES ☐
- CONTINUAR USO EPP ☐
- DOTAR EPP ☐
- REMISION MEDICO EPS ☐

Dra. Laura Anaya H.
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420 - 04
C.C. 22456738

Firma del Trabajador

Claudia Marcela Cardona Lopez
FONOAUDIOLOGA
Universidad Católica de Manizales
R.N: 65395

Fonoaudióloga

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0342 – Secretaría Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

FORMATO DE OPTOMETRIA

Ciudad Buga Fecha: 14/5/19 Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Cortes Arbeláez Alvaro R

No. Identificación: 14893993 de Buga Sexo: ☑ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: Edad: 48 F. Ingreso: Antigüedad:

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Instructor Sección:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de protección visual			
Pantallas de visualización	☑	Alta exigencia visual	☑	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☐	Según Exposición	☐
Iluminación inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☐	Líquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyección de Partículas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Síntomas Visuales				Usuario de lentes de Corrección	
Trastorno	☑	Conjuntivitis	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminución AV	☐	Uso Permanente	☐
Cataratas	☐	Trauma Ocular	☐	Cirugía Refractiva	☐	Fotofobia	☐	Visión Borrosa	☐	Uso Ocasional	☐
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☑	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	No usa	☐
Hipertensión Arterial	☑	Infección Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐		

4. EVALUACIÓN VISUAL

Rx en uso		VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
	O.D.						
	O.I.						

Estado Motor	Normal	CT	VL	VP	PPC
Reflejos pupilares	Presentes		✓	X	7cm

O.D. O.I. Oftalmoscopia: Normal

Visión Cromática	Visión estereoscópica	Campo Visual	Observaciones
Normal	60" Bien	180°	

Rx Final				
	O.D. -050 -075 x 170	ADD.	Agudeza visual CC	20/20 -
	O.I. -125 -100 x 10	ADD.	Agudeza visual CC	25 -

5. DIAGNOSTICO

Emétrope	☐	Astigmatismo	☑	Alteración del Campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopía OI	☑
Miopía	☐	Presbicia	☐	Alteración visión de profundidad	☐	Ojo Seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropía	☐	Disbalance muscular	☐	Alteración visión color	☐	Glaucoma	☐	Alteración Párpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección	☐	Lentes de corrección de uso ocasional	☐	Valoración Oftalmológica	☐
Apto con lentes de Corrección en uso	☑	Lentes de corrección de uso permanente	☐	Valoración Ortoptica	☐
Se da x de lentes de corrección por 1ª. Vez	☐	Cambio de Rx de lentes de corrección	☐		

Dra. Laura Anaya H.
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420 - 04
C.C 22867301

Firma Especialista y Registro

Firma y Cédula del Trabajador

Carrera 16 No. 5 - 53 Buga (Valle) /tel. 2382252 – 3007265803
E-mail: laura-anaya@hotmail.com – centroocupacionalintegralbuga@gmail.com

PRUEBA PSICOTÉCNICA

Nombre: Carlos Arturo Alvarado Rengifo
Número de identificación: 14893993
Edad: 48 años
Fecha: 17 Mayo 2019
Elaborado por: Tatiana Giraldo Silva
Nivel Educativo: Instructor
Pruebas aplicadas: agx
Resultados:

1. ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA

¿Qué busca la prueba?

Sirve para determinar hasta qué punto una persona mantiene la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

Objetivo de la prueba

Detectar fallas ó bloqueos en la Atención y Concentración (DISPERSION). El evaluado debe responder (con miembros superiores e inferiores) a una serie de estímulos visuales y auditivos presentados de manera monótona y repetitiva.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	890	385
Numero de Errores	4	0

Se evidencia que se encuentra dentro de los parámetros adecuados, en un término medio, es una persona que no presenta fallas en la atención o concentración, y puede mantener la calma y la concentración, maneja las rutinas sin equivocarse, como sucede al conducir por una vía recta y plana.

2. REACCIONES MULTIPLES

¿Qué busca la prueba?

Mide la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, mediante la medición del tiempo que transcurre entre la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente.

Objetivo de la prueba

Evalúa la capacidad de discriminar los tiempos de reacción de la persona, la velocidad de respuestas (con miembros superiores e inferiores), ante estímulos visuales y auditivos. El Aspirante debe responder a una serie de estímulos visuales y auditivos, presentados en forma aleatoria, sin ninguna correlación de tiempo entre estímulos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción respuesta	1483	784
Numero de Errores	6	0

Es una persona que puede tener la capacidad de reacción y velocidad de respuesta de los brazos y piernas, ante la presentación de un estímulo auditivo o visual determinado y la producción de la respuesta correspondiente. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

3. REACCION AL FRENADO

¿Qué busca la prueba?

Evalúa el tiempo promedio de reacción que tiene una persona para dejar de acelerar y comenzar a frenar frente a una situación de emergencia, medido desde el momento en que decide aplicar los frenos del vehículo hasta el instante en que comienza a aplicarlos.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo medio reacción	948	468

Es una persona que tiene la capacidad para reaccionar en un momento en que tiene que responder a un estímulo, como dejar de acelerar y frenar. Se encuentra dentro de los parámetros esperados su respuesta.

4. COORDINACION VISOMOTRIZ BIMANUAL

¿Qué busca la prueba?

Esta prueba sirve para evaluar la coordinación del sujeto en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra.

Objetivo de la prueba

Evaluar la función motora en ambas manos, con movimientos de coordinación y

disociación (se tiene en cuenta el tiempo en el error). El evaluado debe mantener bajo control dos móviles, evitando que salgan de circuito, cuando se produce esta situación sonará un timbre que le indicará que está cometiendo un error, del que deberá salir rápidamente.

	Rango	Puntaje obtenido
Tiempo total del error	5553	201
Numero de Errores	27	0

Es una persona que tiene la coordinación en ambas manos, de forma simultánea independiente. Como lo hace al conducir con una mano y efectuar los cambios con la otra. Resultados dentro de los parámetros adecuados.

5. PERCEPCION DE LA VELOCIDAD

¿Qué busca la prueba?

Evalúa los posibles problemas que tenga un sujeto para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo.

Objetivo de la prueba

Determinar desviaciones perceptivas de la velocidad, (tiempo y distancia) esencial para maniobras de adelantamiento o seguimiento de un vehículo. Debe seguir el desplazamiento de un móvil y calcular la velocidad a la que se desplaza.

Rango	Obtenido
867	305

Porcentaje de desviación

Es una persona que tiene la capacidad para percibir la velocidad al adelantar o al seguir un vehículo. Se encuentra dentro de los parámetros adecuados.

Psicóloga
Tatiana Giraldo Silva
Tatiana Giraldo S

TATIANA GIRALDO SILVA

Psicóloga

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893993 realizó el día 23/02/2022 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 CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893993 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 14893993, 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 30/11/2022 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): 202201012580001.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Febrero de 2022.

Cordialmente

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

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 19/02/2022 9:48:32 a. m.
ISCDC: 19/02/2022 9:48:32 a. m.

Certificado Bancario

Martes, 18 de Enero de 2022

Señores
GOBERNACION DEL VALLE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO identificado(a) con CC 14893993, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84856079829	1998/10/26	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos Bancolombia

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:
CALI	CALI	45	45-46-101014914	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
27	01	2022	01	02	2022	00:00	30	03	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :14,893,993
DIRECCIÓN:	CL 7 A NRO. 16 - 68	CIUDAD: BUGA - VALLE	TELÉFONO:	3175524334

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGIA AGROINDUSTRIALES CTA		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA 9 # 12 - 141	CIUDAD: CARTAGO - VALLE	TELÉFONO:	2119999
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.3407284 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS, CON BASE EN LA RED DE CONOCIMIENTOS AGRÍCOLA Y/O EXTENSIÓN RURAL EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER Y FORMACIÓN PARA EL TRABAJO DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES DEL SENA REGIONAL VALLE, DURANTE LA VIGENCIA 2022

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2022	30/03/2023	$ 3,997,500.00

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	$ 3,997,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	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 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101014914

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

DLF164219A

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. 45-46-101014914, 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 CALI, a los 27 días del mes de Enero de 2022

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit. 860009578-6

47189

irecaudo

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

Nro. de Referencia de Pago	30000025049960
Fecha de Emisión	28/01/2022
Fecha de Pago	
DIA / MES / AÑO	
Fecha Vencimiento Boleta	31/01/2022

Consignado Por:	ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO
Valor a Pagar:	$33.320,00
Cantidad de Documentos a Pagar	1

CLIENTE

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit. 860009578-6

47189

irecaudo

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS

Nro. de Referencia de Pago	30000025049960
Fecha de Emisión	28/01/2022
Fecha de Pago	
DIA / MES / AÑO	
TOTAL A PAGAR	$33.320,00

Nombre de quién realiza la consignación:

ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO

Teléfono:

BANCO - CHEQUE

(415)7709998021167(8020)30000025049960(3900)00000000033320(96)20220131

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

FORMA DE PAGO	Código del Banco	Nº de Cheque	Nº de Cuenta	Valor
CHEQUE				
			Total Pagado	

Lugares de Pag

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000025049960(3900)00000000033320(96)20220131

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO Nº: 30000025049960

HACE CONSTAR QUE:

FECHA
28/01/2022 09:06a.m.

RECIBIMOS DE: ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO — CC. 14.893.993

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

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000025049960

Póliza/s	**Importe SubTotal**	**IVA**	**Importe Total**
45-46-101014914	$28.000,00	$5.320,00	$33.320,00

FORMA DE PAGO

Bancolombia - Cuenta Nro. 47189 $33.320,00

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

TRANSACCION: 0002504996

TOTAL: $33.320,00

Cajero Rapiestado

28/01/2022 9:06:25a. m.

172.16.10.29

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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.	**T.I 1105929249**	**Alvarado Trochez Santiago**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

C.C. 14893993

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1105929249

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40359495

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 10 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T32

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

COLOMBIA VALLE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALVARADO	TROCHEZ

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAR Día 16	masculino	B	POSITIVO

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

CALI VALLE COLOMBIA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARIA VICTORIA TROCHEZ MONDRAGON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.# 38.872.864 Buga	Colombiana

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.#14.893.993 Buga	Colombiana

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c.# 14.893.993 Buga	

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 2007 Mes MAY Día 28	NOTARIA DECIMA Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.105.929.249
ALVARADO TROCHEZ
APELLIDOS
SANTIAGO
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2006
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-MAR-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
B+
G S RH
M
SEXO
27-JUN-2013 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-3102200-00448139-M-1105929249-20130715
0033941029A 1
3082430820

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal