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	**57177-436585**
No. de documento	**356649**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL	**C.C.**	63.516.739	**IP/Nº de contacto**	72515
Correo electrónico contratista:	smangarita93@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		31877845705	
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:	3381145/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**31422**	
Valor Total del Contrato	$ 39.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.000.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.100.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÃCTER 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	----------	**56913628**
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 V	$ -	$ 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

Acciones de FPI directas a formacion titulada: 42 horas
Acciones de FPI directas a complementaria: 98 horas
Otros:Semana de alistamiento a la formacion profesional Integral: 20 horas
TOTAL HORAS EJECUTADAS EN EL MES DE FEBRERO: 160 horas
LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO OCAÑA NORTE DE SANTANDER

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.

SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
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,

LAID SAMIRA PAREDES CASADIEGO
INSTRUCTOR G17

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

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63516739
NOMBRES Y APELLIDOS	Angarita Carrascal,Sandra Milena
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Angarita Carrascal,Sandra Milena, a los 12 días del mes de enero del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63516739,** se encuentra afiliado/a desde **13/12/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2022.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar |x| Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL	**Nit:**	63516739
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Enero 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Enero 2022
Número de radicación:	56913628	**Total a pagar:**	$285,000
Fecha de vencimiento:	09/02/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:		**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Sin Pagar
Banco:		**Número de aprobación:**	
Estado de la transacción:	Sin Pagar		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en Incapacidad y/o licencia	Total pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$160,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$125,000
						$285,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la adm

Este documento está clasificado como I

Recuerde verificar por la opción

Exportar report

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2022 . Compensar - Cenet S.A.

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730620913

(415)7707212489984(8020) 000001473062091 3

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA

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	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal: CL 11 16 A 21 BRR SAN AGUSTIN

42. Correo electrónico: shanaang2@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 2 9 3 4 4 1	5 6 2 4 5 6 9

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 1 7 0 2 0 2	8 6 9 2	2 0 0 3 0 1 0 6				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	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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 - 14 / 08 : 30: 53

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 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NIT. 49775079-5

Calle 5 N 32-63
Telfax: (5) 565 16 14
Celular: 310 325 06 60
Aguachica - Cesar

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**		Impreso 14 ene. 2022 06:28:48 pm
Id. Paciente	**CC 63516739 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA**	Sexo: F Edad: 44A 11M 21D	**No. De Recepción** **149452**
Teléfonos		Fecha De Recepción	14 ene. 2022 10:02:34 am
Entidad	CIAT SUPERAR	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	ASIGNADO NO

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

Colesterol total sérico	183	mg/dl	100 a 200

```
Valor deseado sin riesgo aparente:    Menor de 200 mg/dl
Valor limite con riesgo promedio:          200-239 mg/dl
Valor fuera del limite (Riesgo proporcional al valor): Mayor a 240 mg/dl
Muestra leida con patrón y control de calidad.
```

Fecha Reporte 14 ene. 2022 12:58 pm

Glicemia en ayunas	84	mg/dl	70 a 100

```
VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA ADA Y OMS
Niveles de Glicemia Normal:   70-100  mg/dl.
Glicemia Basal Alterada (AGA):101-125 mg/dl.
```

Fecha Reporte 14 ene. 2022 12:58 pm

Colesterol HDL	45	mg/dl	Mayor a 35 mg/dl.
VLDL	30,2	mg/dl	Hasta 30 mg/dl.

Fecha Reporte 14 ene. 2022 01:07 pm

Colesterol LDL	107,8	mg/dl	Hasta 140 mg/dl

Fecha Reporte 14 ene. 2022 01:07 pm

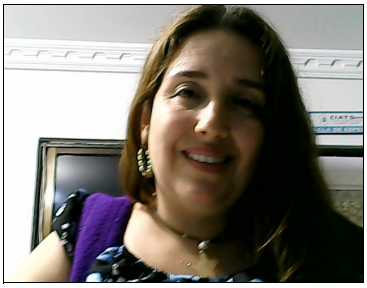
Trigliceridos sérico	151	mg/dl	0 a 150

```
Optimo:              Hasta 150 mg/dl
Ligeramente Elevados: 150-199 mg/dl
Elevados:            200-499 mg/dl
Muy Elevados:        Mayor de 500 mg/dl
```

Fecha Reporte 14 ene. 2022 12:58 pm



Dr Rafael Atencio
Tp 20-1470



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

TIPO DE EXAMEN: Ingreso con Énfasis osteomuscular y alturas

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 14 (DD) 01 (MM) 2022 (AAAA) 16:43 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la Empresa: ITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NORTE DE SANTAN	Cargo: INSTRUCTORA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE			
Primer nombre: SANDRA	Segundo nombre: MILENA	Primer apellido: ANGARITA	Segundo apellido: CARRASCAL

Tipo de Identificación: ● C.C. ○ C.E. ○ T.I. ○ P.T. **Número:** 63516739 **Edad:** 45 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Condiciones o Funciones	Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
		○	○	
		○	○	
		○	○	
		○	○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE EPP, ACATAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA NI CONDICION QUE LE PONGA EN RIESGO DE COMPLICACIONES POR COVID 19.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA ☑ OPTOMETRIA ☑ CARDIOVASCULAR ☑ MUSCULO ESQUELÉTICO ☑ ENFASIS DERMATOLOGICO
☑ ENFASÍS PSICOSOCIAL ☑ PERFIL LIPIDICO ☑ GLICEMIA

Otros exámenes: CLASIFICACION OSTEOMUSCULAR: SIN ALTERACION - RCV: BAJO.

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Médico



Firma:

Nombre: Dr(a) KATERINE FEREZ MENESES

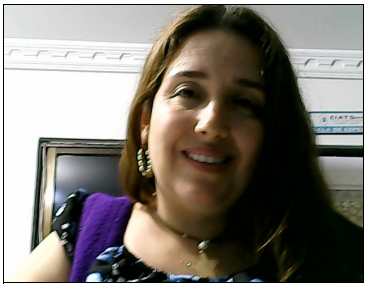
Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 10655

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

Documento Identidad: 63516739



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

PARA TRABAJAR EN ALTURAS

No. 1

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

TIPO DE EXAMEN: Ingreso con Énfasis osteomuscular y alturas

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 14 (DD) 01 (MM) 2022 (AAAA) 16:43 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la Empresa: ITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NORTE DE SANTAN	Cargo: INSTRUCTORA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE			
Primer nombre: SANDRA	Segundo nombre: MILENA	Primer apellido: ANGARITA	Segundo apellido: CARRASCAL

Tipo de Identificación: (●) C.C. ( ) C.E. ( ) T.I. ( ) P.T. **Número:** 63516739 **Edad:** 45 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

(●) Apto Sin limitaciones o restricciones para realizar trabajos en alturas

( ) NO Apto para realizar trabajos y/o labores en alturas

( ) Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ( ) SI ( ) NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ( ) SI ( ) NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Condiciones o Funciones	Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
		( )	( )	
		( )	( )	
		( )	( )	
		( )	( )	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA	☑ OPTOMETRIA	☑ CARDIOVASCULAR	☑ MUSCULO ESQUELÉTICO	☑ ENFASIS DERMATOLOGICO
☑ ENFASÍS PSICOSOCIAL	☑ PERFIL LIPIDICO	☑ GLICEMIA		

Otros exámenes:

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Médico



Firma: _____

Nombre: Dr(a) KATERINE FEREZ MENESES

Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 10655

Aspirante o trabajador

Firma: _____

Nombre: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

Documento Identidad: 63516739

CIAT Superar — Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL
14 (DIA)	01 (MES)	2022 (AÑO)	AGUACHICA (Ciudad)	Ingreso con Énfasis osteomuscular y alturas

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
O NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL NORTE DE SA	NORTE DE SANTANDER

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación Tipo	Número
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA	CC	63516739

Género: ○ Masculino ● Femenino

Fecha de Nacimiento: 03 (DIA) 11 (MES) 1976 (AÑO)

Lugar de Nacimiento: BUCARAMANGA

Edad: 45 Años

EXPOSICIÓN A RIEGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR

Tipo de Riesgo (Existe o existió exposición para cada una de las respuestas afirmativas)	SI	NO	Tiempo de Exposición Acumulada: Años	Meses	Días	Diaria: Horas	Utiliza Protección Visual SI	NO	De que tipo
Radiación Ultravioleta o infraroja (soldadura, hornos)	○	●					○	○	
Mecánico (proyección de partículas)	○	●					○	○	
Iluminación inadecuada ○ Excesiva ○ Deficient ○ Reflejos	○	●					○	○	
Uso de video terminales	○	●					○	○	

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

GENERALES	SI	NO	OCULARES	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Hipertensión Arterial	○	●	Cirugía Ocular	○	●	○	●
Diabetes	○	●	Queratocono	○	●	○	●
Hipoglicemia	○	●	Glaucoma	○	●	○	●
Toxoplasmosis	○	●	Catarata	○	●	○	●
Cefalea	○	●	Retinopatía	○	●	○	●
Trauma Craneoencefálico	○	●	Desprendimiento de Retina	○	●	○	●
Otros	○	●	Ambliopía	○	●	○	●
¿Cual?			Estrabismo	○	●	○	●

SÍNTOMAS Y SIGNOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Visión Doble	○	●	Cefalea	○	●	Salto de Renglones	○	●
Fotofobia	○	●	Irritación Ocular	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Próxima	●	○
Cansancio Ocular	○	●	Lagrimeo	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Lejana	○	●
Ardor Ocular	○	●	Prurito Ocular	○	●	Secreciones	○	●
Miodesopsias	○	●	Dolor Ocular	○	●			

EVALUACIÓN

Sin Corrección — AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/20	1,50M
Ojo Izquierdo	20/25	,50M

LENSOMETRIA	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	-	-
Ojo Izquierdo	-	-

Con Corrección — AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	-	-
Ojo Izquierdo	-	-

EXAMEN EXTERNO

	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Pingüecula	●	○	●	○
Resequedad Ocular	○	●	○	●
Inyección Conjuntival	○	●	○	●
Hiperemia Conjuntival	○	●	○	●
Ptosis Palpebral	○	●	○	●
Prerigio	○	●	○	●
Secreción Ocular	○	●	○	●
Edema Palpebral	○	●	○	●
Blefaritis	○	●	○	●

ESTADO MOTOR

Cover Test Visión Lejana	ORTOFORIA	
Cover Test Visión Próxima 40 cms	EXOFORIA	
Punto Próximo de Convergencia	12 CM	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Retinoscopia	+0,25	-0,50 SPH

	Ojo Derecho Normal	Ojo Derecho Anormal	Ojo Izquierdo Normal	Ojo Izquierdo Anormal
Estereopsis	●	○	●	○
Visión Cromática	●	○	●	○
Campo Visual	●	○	●	○
Oftalmoscopia	●	○	●	○

SUBJETIVO (Según respuesta del evaluado)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Adición de Lente
Esfera	N	-0,50	+1,25
Cilindro	-	-	-
Eje	-	-	-
Agudeza Visual	20/20	20/20	,50M

DIAGNÓSTICO

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropía	☐	☐
Miopía	☐	✓
Hipermetropía	☐	☐
Astigmatismo	☐	☐
Presbicia	✓	☐
Ambliopía	☐	☐
problema de Motilidad	☐	☐
Insuficiencia de Convergencia	☐	☐

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refracción No Corregido	○	○
Problema de Refracción Adecuadamente Corregido	●	●
Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido	○	○
No Requiere Corrección	○	○

RECOMENDACIONES

Control en: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses

Corrección Optica con Anteojos ●
Corrección Optica con Anteojos Permanente ○
Corrección Optica con Lentes de Contacto ○

Valoración por Ortóptica ○ Si ○ No

Valoración por Oftalmología ○ Si ○ No

Observaciones:

Oscar Vanegas

2022-01-20T18:08:45-05:00

Evaluado por: OSCAR JESUS VANEGAS

Aspirante/Trabajador: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL
Audiometría

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			
14 (DIA)	01 (MES)	2022 (AÑO)	AGUACHICA (Ciudad)

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: Ingreso con Énfasis osteomuscular

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
NSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGION/	NORTE DE SANTANDER

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación: Tipo	Número
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA	CC	63516739

Género	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
○ Masculino ● Femenino	03 (DIA) 11 (MES) 1976 (AÑO)	BUCARAMANGA	45 Años

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL /RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador o que pueda tener el médico)

Fecha de Ingreso: 13 (DIA) 01 (MES) 2022 (AÑO) — Jornada de trabajo: ○ Diurno ○ Nocturno ○ Rotativo

Cargo	Sección
INSTRUCTORA	

ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLÓGICOS	SI	NO	OIDO
OTALGIA	○	●	
OTITIS	○	●	
OTORREA	○	●	
OTOTÓXICOS	○	●	
ACÚFENO	○	●	
PRURITO	○	●	
VÉRTIGO	○	●	
TINNITUS	○	●	
HIPOACUSIA	○	●	
SENSACIÓN DE OIDO TAPADO	○	●	
TRAUMA ACUSTICO	○	●	
CERUMEN	○	●	
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	○	●	
OTROS	○	●	
¿Cual?			

PATOLÓGICOS	SI	NO
AFECCIÓN RENAL	○	●
PAROTIDITIS	○	●
TBC	○	●
DIABETES	○	●
HIPOTIROIDISMO	○	●
MENINGITIS	○	●
PALUDISMO	○	●
REUMATISMO	○	●
HIPERTENSION ARTERIAL	○	●
SARAMPIÓN	○	●
RUBEOLA	○	●
RINITIS - SINUSITIS	○	●
ALTERACIONES DE TIROIDES	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

EXTRALABORALES	SI	NO
MÚSICA CON AUDÍFONOS	○	●
MÚSICA A ALTO VOLUMEN	○	●
TIRO AL BLANCO - POLÍGONO	○	●
SERVICIO MILITAR	○	●
DETONACIÓN - EXPLOSIÓN	○	●
DISCOTECA - BARES	○	●
INSTRUMENTO MUSICAL	○	●
MANOS LIBRES	○	●
MOTOCICLISMO	○	●
TEJO	○	●
BUCEO	○	●
OTROS	○	●
¿Cual?		

QUIRÚRGICOS	SI	NO		SI	NO
CIRUGÍA DE OIDO	○	●	TIMPANOPLASTIA	○	●
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	○	●			

HEREDITARIOS	SI	NO	PARENTESCO
CONGÉNITO	○	●	
ADQUIRIDO	○	●	

Observaciones:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES ○ Si ● No

Empresa	Cargo	Exp. Ruido	Horas	Días	Meses	Años	Proteccion Auditiva	Tipo de Protección
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						

AUDICIÓN

	SI	NO	SI NO OYE BIEN: DESDE CUANDO	EN CUAL OIDO
CREE QUE OYE BIEN	●	○		
ESCUCHA BIEN LA CONVERSACIÓN EN GRUPO	●	○		
ESCUCHA BIEN POR TELEFONO	●	○		

			FRECUENCIA	FECHA ÚLTIMA	RESULTADO
AUDIOMETRIA ANTERIOR	●	○			

Descanso Auditivo: ____ Horas

OTOSCOPIA

PABELLÓN AURICULAR	O.D	O.I	CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	O.D	O.I	MEMBRANA TIMPÁNICA	O.D	O.I
NORMAL	●	●	NORMAL	●	●	NORMAL	●	●
ATRESIA	○	○	TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN	○	○	PERFORADO	○	○
AGENESIA	○	○	TAPÓN TOTAL DE CERUMEN	○	○	OPACA	○	○
CICATRIZ	○	○	IRRITADO	○	○	NO SE VISUALIZA	○	○
OTROS	○	○	OTROS	○	○	OTROS	○	○

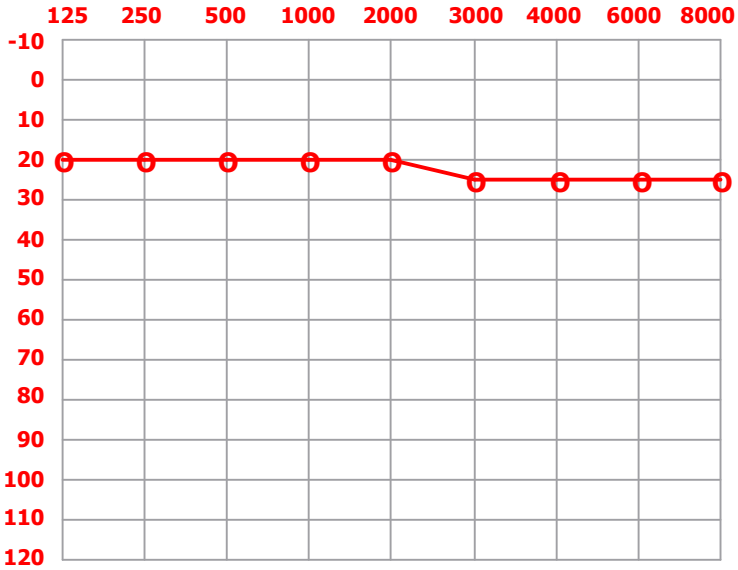
Observaciones:

CLASIFICACIÓN LARSEN	
HNS GI	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB en una banda ALTA (3000, 4000 ó 6000 Hz)
HNS GII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta (> 2000 Hz)
HNS GIII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta y en una ó mas bandas de frecuencia Baja (< 2000 Hz)

SEVERIDAD	
NORMAL	< 10 dB
MÍNIMA	10 - 25 dB
LEVE	26 - 40 dB
MODERADA	41 - 55 dB
MODERADA SEVERA	56 - 70 dB
SEVERA	71 - 85 dB
PROFUNDA	> 85 dB

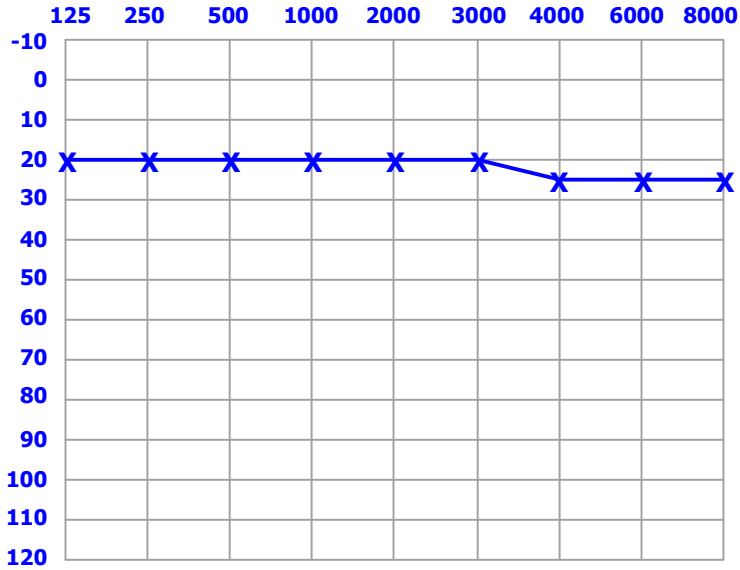
AUDIOGRAMA

Oido Derecho



Promedio (500 - 1000 - 2000): 20,00 dB

Oido Izquierdo



Promedio (500 - 1000 - 2000): 20,00 dB

DIAGNÓSTICO

1 AUDICION NORMAL BILATERAL	

Observaciones:

RECOMENDACIONES

Control: ○ 3 ● 6 ○ 9 ○ 12 Meses Valoración / Control ORL: ○ Si ● No utilizar Protección Auditiva: ● Si ○ No

Observaciones:

YANITH GABRIELA COLLANTE MACHUCA
Fonoaudiologo (a)

SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
Trabajador C.C. 63516739

Centro Integral de Apoyo Terapéutico CIATSuperar
NIT. 900135067-8
Calle 6 Nº 13 -28 Barrio San Pedro
Cel. Salud Ocupacional. 315 757 9856 - Cel. Rehabilitación Integral. 323 467 5832
E-mail. ciatsuperar@hotmail.com - ordenesciatsuperar@hotmail.com
www.ciatsuperar.com.co

FONOAUDIOLOGÍA

DATOS PERSONALES

Fecha: 14/01/2022

CC: 63516739 **Nombres y Apellidos:** ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA **Fecha de Nacimiento:** 03/11/1976 **Edad:** 45 AÑOS 2 MESES
Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SEPARADO(A) **Dirección:** AGUACHICA **Teléfono:** **Celular:** 3005293441
Entidad: CENTRO INTEGRAL DE APOYO TERAPÉUTICO S **Ocupación:** INSTRUCTOR **Acudiente:**
Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

MOTIVO DE CONSULTA Y / REMISIÓN

USUARIA QUE ASISTE A VALORACION OCUPACIONAL DE INGRESO

ANTECEDENTES PERSONALES

REFIERE DESEMPEÑARSE COMO DOCENTE

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFIERE

ANTECEDENTES CLÍNICOS

NO REFIERE

ÁREAS POR VALORAR EN EVALUACIÓN FONOAUDIOLOGÍA

VOZ

DIAGNÓSTICO FONOAUDIÓLOGICO

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

IDENTIFICAR LAS CUALIDADES DE LA VOZ

OBSERVACIONES

NO APLICA

AREAS DE EVALUACIÓN

LENGUAJE

FONÉTICO - FONOLÓGICO

SEMÁNTICO

SINTÁCTICO

PRAGMÁTICO

LENGUAJE EN EL ADULTO

APRENDIZAJE

AUDICIÓN

DETECCIÓN DISCRIMINACIÓN IDENTIFICACIÓN Y COMPRENSIÓN

MOVIMIENTOS OCULARES EQUILIBRIO ESTÁTICO O DINÁMICO Y CEFALOMOTORES

HABLA

PRAXIAS OROFACIALES

ARTICULACIÓN

ALIMENTACIÓN

VOZ

CUALIDADES ACÚSTICAS Y PERCEPTUALES

CUALIDADES ACUSTICAS ADECUADAS

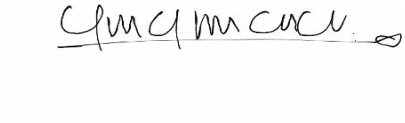
ALTERACIÓN DEL RITMO Y VELOCIDAD DEL HABLA

COORDINACION Y RITMO DEL HABLA ADECUADO. VELOCIDAD OPTIMA

RESPIRACIÓN

MODO NASAL, TIPO COSTAL SUPERIOR.

MÉDICO



Firma:

Nombre: COLLANTE MACHUCA YANITH GABRIELA

R. M.: 1065887223

Código de Seguridad

C685I36O688

PACIENTE

Firma:

Nombre: ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA

CC: 63516739

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63516739 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 SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63516739 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 la señora SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63516739, 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 5.

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): 202201012655738.

Esta certificación se expide a los 22 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 22/02/2022 8:05:45 p. m.
ISCDC: 22/02/2022 8:05:45 p. m.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 49461010060460

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA C.C. C.C. :63,516,739

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 49-46-101006046

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA CUCUTA - CU. ESTATAL - 101006046 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: ALVAREZ GANDUR ASOCIADOS CIA Y HIJOS LTDA - 28631

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

3139090

Escaneado con CamScanner

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:
CUCUTA	AGENCIA CUCUTA	49	49-46-101006046	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
26	01	2022	01	02	2022	00:00	30	03	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :63,516,739
DIRECCIÓN:	CL 11 NRO. 18 - 00	CIUDAD: OCAÑA - NTE DE SANTANDER	TELÉFONO: 3005293441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 2N AVDA. 4 Y 5 BARRIO PESCADERO	CIUDAD: CUCUTA - NTE DE SANTANDER	TELÉFONO: 5783286
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.3381145 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 ENERGÍA ELÉCTRICA EN EL ÁREA PRODUCCIÓN INDUSTRIAL, EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2022	30/03/2023	$ 3,900,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,900,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ALVAREZ GANDUR ASOCIADOS CIA Y HIJOS LTDA	28631	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 AV 1E NO. 16 - 82 BARRIOS CAOBOS - TELÉFONO: 5835460 - C

49-46-101006046

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

DLF028631A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Escaneado con CamScanner

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.49-46-101006046

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.

Escaneado con CamScanner

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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



Escaneado con CamScanner

San José de Cúcuta, 23 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 2021, 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 2021, 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 2021, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.000).
e. Por el año gravable 2021, 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 2021, 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 23 de febrero de 2022.

Sandra Milena Angarita Carrascal
C.C. 63.516.739 de Bucaramanga

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 de febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1.005.260.017**	**SANTIAGO VERGARA ANGARITA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

C.C. 63.516.739

VALIDEZ PERMANENTE

ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL... PARÁGRAFO. Las copias del registro civil de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

AL PRESENTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO LE CORRESPONDE EL NUIP No. 1005260017 según RESOLUCION No. 3007 DE AG. 21/04 ART. 1º

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO

NUIP 06E0253385

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33731136

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	08	☐	☐	☐	0 6 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VERGARA	ANGARITA

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes Abr Día 24	MASCULINO	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A3769388

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadanía # 63516739	Colombiana

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VERGARA BLANCO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de Ciudadanía # 91488490	Colombiano

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VERGARA BLANCO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de Ciudadanía # 91488490	91.488.490 B/ga.

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 2003 Mes May Día 12	Dr. Eduardo Suárez Motta Nombre y firma

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

El Suscrito Notario Octavo de Bucaramanga, da fé de que esta fotocopia corresponde al original que reposa en el archivo de esta notaría.
DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO
17 MAR 2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**
NIT: 890501510-4

COMPROBANTE DE PAGO.

CÓDIGO DE REFERENCIA	**10010110000228704 92**	**PROGRAMA**	INGENIERÍA MECATRÓNICA DIURNA (PRESENCIAL - UNIVERSITARIA)
IDENTIFICACIÓN	1005260017	**FECHA EXPEDICIÓN**	
NOMBRE	SANTIAGO VERGARA ANGARITA	**FINANCIACIÓN**	**MATRÍCULA PRIMER SEMESTRE 2022**

DETALLE DE LA MATRÍCULA CUOTA 1 de 2 (Referencia Anterior: 10010110000226579 18)

Valor derecho de matricula pendiente por aplicar apoyo económico	$ 649.500,00
VALOR DE LA CUOTA DE FINANCIACION FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA	216.500,00
DERECHOS COMPLEMENTARIOS INGENIERIA MECATRONICA	80.000,00
FONDO DE CAPITAL SEMILLA	26.000,00
SEGURO ESTUDIANTIL	14.200,00
TIMBRE PROCULTURA	20.000,00

SALDO FAVOR	**$ 17.842,00**	**SALDO CONTRA**	**$ 0,00**
VALOR PAGADO	**$ 0,00**	**TOTAL A PAGAR**	**$ 338.900,00**

PAGUE SIN RECARGO HASTA 03-02-2022

CUENTAS BANCARIAS

BANCOS
BANCO BOGOTA
DAVIVIENDA
BBVA
BANCO AGRARIO SUCURSAL PAMPLONA
BANCO POPULAR SUCURSAL PAMPLONA

BBVA
SUCURSAL OCAÑA
ASESOR INTEGRAL DE SERVICIOS

Copia Estudiante

Nota: Los pagos realizados en horarios adicionales se registran en día hábil siguiente a la fecha del mismo, y se verán reflejados dos o tres días hábiles después de haber realizado el pago. Para la fecha límite de pago, los bancos habilitados solo recibirán hasta las 4:00 p.m..

Apreciado Estudiante: La segunda cuota quedará pendiente hasta tanto las entidades pertenecientes a la bolsa común matricula cero, realicen el pago correspondiente a sus derechos de matricula.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA
RECAUDO DE FACTURAS
UNIV PAMPLONA PREGRADOS
CUENTA : 0013-0324-0200177757

TERM: YX85 FECHA : 20-01-22
OFIC: 0865 CONVENIO: 0008008
USER: C802892 HORA : 11.04

REFERENCIA NO. 1 00000100101100002287049 2 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : 00000000000000000000000 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 00012839 4
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 338,900.00
	TOTAL PAGO RECAUDO	$ 338,900.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

- CLIENTE -

OFIXPRES MAYO/2019 F-2104

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
NIT: 890501510-4

COMPROBANTE DE PAGO.

CÓDIGO DE REFERENCIA **100101100002064233 - 6**
IDENTIFICACIÓN 1005260017
NOMBRE SANTIAGO VERGARA ANGARITA

PROGRAMA INGENIERÍA MECATRÓNICA DIURNA (PRESENCIAL - UNIVERSITARIA)
FECHA EXPEDICIÓN 13-08-2020
LIQUIDACIÓN DE MATRÍCULA SEGUNDO SEMESTRE 2020

DETALLE DE LA LIQUIDACIÓN

DERECHOS DE MATRICULA INGENIERIA MECATRONICA	$ 760.200,00
FONDO DE CAPITAL SEMILLA	$ 22.800,00
SEGURO ESTUDIANTIL	$ 13.500,00
TIMBRE PROCULTURA	$ 17.500,00
DERECHOS COMPLEMENTARIOS INGENIERIA MECATRONICA	$ 70.200,00

SALDO FAVOR	$ 0,00	**SALDO CONTRA**	$ 0,00
VALOR PAGADO	$ 0,00	**TOTAL A PAGAR**	**$ 884.200,00**

CUENTAS BANCARIAS

BANCOS	NÚMERO CUENTA
BANCO DE OCCIDENTE	600906952
FINANCIERA JURISCOOP	58500027902
DAVIVIENDA	68000016854
BANCO BOGOTA	462332925
COOPROFESORES	810011068
FINANCIERA COMULTRASAN	2074036375
BANCOLOMBIA	
BANCOOMEVA	330100297101
BANCO AGRARIO SUCURSAL PAMPLONA	451303009126

PAGUE SIN RECARGO HASTA 18-08-2020 $ 884.200,00

(415)7709998982826(8020)000001001011000020642336(3900)00884200(96)20200818

PAGUE CON RECARGO HASTA - $ 0,00

Nota: Los pagos realizados en horarios adicionales se registran el día hábil siguiente a la fecha del mismo, y se verán reflejados dos días hábiles desp

Para la fecha límite de pago, los bancos habilitados solo recibirán hasta las 4:00 p.m.

DAVIVIENDA CAJERO No. 1 H.N.
18 AGO. 2020
PROCESADO

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
NIT: 890501510-4

COMPROBANTE DE PAGO.

CÓDIGO DE REFERENCIA	1001011000021270163
IDENTIFICACIÓN	1005260017
NOMBRE	SANTIAGO VERGARA ANGARITA
PROGRAMA	INGENIERÍA MECATRÓNICA DIURNA (PRESENCIAL - UNIVERSITARIA)
FECHA EXPEDICIÓN	
FINANCIACIÓN	MATRÍCULA PRIMER SEMESTRE 2021

DETALLE DE LA MATRÍCULA CUOTA 1 de 2 (Referencia Anterior: 1001011000020005268)

VALOR DE LA CUOTA DE FINANCIACION FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA	145.600,00
DERECHOS COMPLEMENTARIOS INGENIERIA MECATRONICA	72.700,00
FONDO DE CAPITAL SEMILLA	23.600,00
SEGURO ESTUDIANTIL	13.500,00
TIMBRE PROCULTURA	18.000,00

SALDO FAVOR	$ 0,00	SALDO CONTRA	$ 0,00
VALOR PAGADO	$ 0,00	TOTAL A PAGAR	$ 273.400,00

PAGUE SIN RECARGO HASTA 04-02-2021

CUENTAS BANCARIAS

BANCOS
BANCO BOGOTA
DAVIVIENDA
BBVA
BANCO AGRARIO SUCURSAL PAMPLONA
BANCO POPULAR SUCURSAL PAMPLONA

Copia Estudiante

Nota: Los pagos realizados en horarios adicionales se registran en día hábil siguiente a la fecha del mismo, y se verán reflejados dos o tres días hábiles después de haber realizado el pago. Para la fecha límite de pago, los bancos habilitados solo recibirán hasta las 4:00 p.m..

BBVA
SUCURSAL OCAÑA
ASESOR INTEGRAL DE SERVICIOS

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA
RECAUDO DE FACTURAS
UNIV PAMPLONA PREGRADOS
CUENTA : 0013-0324-0200177757

TERM: YX86
OFIC: 0865
USER: CE61942

FECHA : 22-01-21
CONVENIO: 0008008
HORA : 10.21

REFERENCIA NO. 1 0000010C1011000021270163 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : 00000000000000000000000 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 00012600S
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 273,400.00
	TOTAL PAGO RECAUDO	$ 273,400.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

- CLIENTE -

OFIXPRES MAYO/2019 F-2110841

Escaneado con CamScanner