SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**36595-076427**
No. de documento	**517625**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON MARIO SALAZAR COLORADO	**C.C.**	16.929.770	**IP/Nº de contacto**	15302
Correo electrónico contratista:	jhonsalazar@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		06922143534	
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:	3866612/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**73022**	
Valor Total del Contrato	$ 17.055.630	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.055.630	**1**	**Del**	**03/08/2022**	**Al**	**31/08/2022**	**$ 3.663.802,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.391.828		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.663.802		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	**$ 3.663.802**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.434.577**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	**Julio**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**NO-APLICA**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.465.521	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 811.526	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.434.577,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.246.102,00	
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	31.357,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.632.445,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender formación complementaria en, fichas pendientes por cargar. TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN.
Atender formación complementaria en, fichas pendientes por cargar. ELECTRICIDAD BASICA.
Actividades: Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información
Instalar redes eléctricas de acuerdo a la normatividad

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.

JHON MARIO SALAZAR COLORADO
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **JHON MARIO SALAZAR COLORADO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **16929770** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16929770
NOMBRES Y APELLIDOS	JHON MARIO SALAZAR COLORADO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	37
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	37

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/07/2022**

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JHON MARIO SALAZAR COLORADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.929.770**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JHON MARIO SALAZAR COLORADO, identificado con Cédula Ciudadanía No. 16929770 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 05/08/2022, para el contrato registrado con fecha desde 04/08/2022 y fecha hasta 16/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 4.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201018272715.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de agosto de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 16/08/2022 08:09:33 a. m.
ISCDC: 16/08/2022 08:09:33 a. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14632203626

(415)7707212489984(8020) 000001463220362 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 6 9 2 9 7 7 0	1 9 9 9 0 7 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	COLORADO	JHON	MARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: UR CONDOMINIO REFUGIO DE SAN PEDRO AP

42. Correo electrónico: johnsc13@hotmail.com

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

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 4 1	2 0 1 1 1 0 2 7	4 3 2 1	2 0 1 4 1 0 2 3				3 1 1 3	

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 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2019 - 06 - 21

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **SALAZAR COLORADO JHON MARIO**	Identificación: **16929770**	Nro. Servicio: **17356666**	No. Paciente: **54**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 40 Años**	Teléfono: **3116021906**	Tipo servicio:	
Médico: **WILLIAM RAMIREZ VARGAS**	Fecha servicio: **01/12/2021**	Fecha impresión: **01/12/2021 03:37 PM**	
Empresa: **JAVESALUD**		Habitación:	

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Validado: 01/12/2021 03:09 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Recuento de leucocitos (miles)	**6340**	4500	11000	mm ³
Neutrófilos (porcentaje)	**48.3**	40	70	%
Neutrófilos (Nro. Absoluto)	**3070**	1800	7700	mm ³
Linfocitos (porcentaje)	**42.3**	20	45	%
Linfocitos (No. Absoluto)	**2680**	900	5000	mm ³
Monocitos (porcentaje)	**5.3**	2	9	%
Monocitos (No. Absoluto)	**333**	100	1000	mm ³
Eosinófilos (porcentaje)	**3.7**	0	6	%
Eosinófilos (No. Absoluto)	**237**	0	700	mm ³
Basófilos (porcentaje)	**0.4**	0	1	%
Basófilos (No. Absoluto)	**26**	0	200	mm ³
Recuento de eritrocitos (millones)	**5.54**	M: 3.9 - 5.4	H: 4.0 - 6.0	mm ³
Hemoglobina	**16.7**	M: 12 - 16	H: 13.5 - 17	g/dL
Hematocrito	**47.9**	M: 38 - 47	H: 40 - 54	%
Volumen Corpuscular Medio	**86.5**	82.0	98.0	fL
Hemoglobina Media Corpuscular	**30.2**	27	31	pg
Concentración Hemog. Corpuscular Media	**35.0**	33	37	g/dL
Ancho de Distribución Eritrocitaria	**12.8**	11.5	15.1	%
Recuento de Plaquetas (miles)	**200000**	150000	450000	mm ³



BACTERIOLOGA

ASTRID VIVIANA RODRIGUEZ COLORADO

REG. 38070825

Diagnóstico y Asistencia Médica SAS certifica el carácter técnico y científico de este documento y, responde íntegramente por su contenido

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **SALAZAR COLORADO JHON MARIO**	Identificación: **16929770**	Nro. Servicio: **17356666**	No. Paciente: **54**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 40 Años**	Teléfono: **3116021906**	Tipo servicio:	
Médico: **WILLIAM RAMIREZ VARGAS**	Fecha servicio: **01/12/2021**	Fecha impresión: **01/12/2021 06:09 PM**	
Empresa: **JAVESALUD**		Habitación:	

GLUCOSA (suero, LCR, otros flu¡dos)

Validado: 01/12/2021 03:39 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
GLUCOSA	**94.0**	74	100	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA:				
Prematuros		20	60	mg/dL
Neonatos		30	60	mg/dL
Recién nacidos hasta 1 día		40	60	mg/dL
Recién nacidos mayores de 1 día		50	80	mg/dL
Niños		60	100	mg/dL
18 - 60 años		74	100	mg/dL
60 - 90 años		82	115	mg/dL
> 90 AÑOS		75	121	mg/dL
Valores de referencia según ADA y OMS				
Glucosa anormal en ayunas (ADA)		100	125	mg/dL
Criterio para diagnóstico de Diabetes *		Mayor o igual a 126		mg/dL
Glucosa ocasional valor para diagnos. de diabetes		Mayor de 200		mg/dL
Criterio para hipoglicemia (cuadro clínico mas...)		35	50	mg/dL

* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de Diabetes incluye niveles de HbA1C > o igual a 6.5%
Riesgo Incrementado de Diabetes (Prediabetes):
Glicemia en ayunas: 100 mg/dL - 125 mg/dL y/ó
Prueba de tolerancia oral a la glucosa
(2h carga de 75g): 140 mg/dL - 199 mg/dL
Hemoglobina glicada: 5.7 - 6.4%
Diabetes Care, Vol 34, Enero 2011

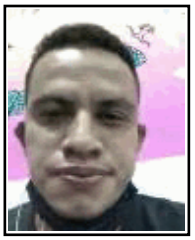
MÉTODO: ENZIMÁTICO



BACTERIOLOGA
ANGELA ESNEY CACERES LONDOÑO
REG. 35533043

Diagnóstico y Asistencia Médica SAS certifica el carácter técnico y científico de este documento y, responde íntegramente por su contenido

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Carrera 8 # 12 - 21 oficina 501 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.401

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

SALAZAR COLORADO JHON MARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO Teléfonos	39 AÑOS 8 MESES 1 DÍAS	CC Tipo	16929770 Número

Cargo
INSTRUCTOR DE TICS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

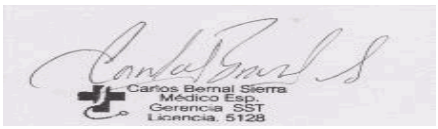
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICNA GENERAL ANUAL		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



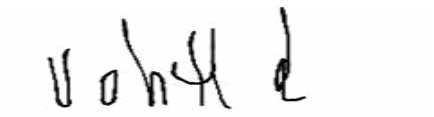
Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
I367O1U4401

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SALAZAR COLORADO JHON MARIO

CC: 16929770

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 824974	**Fecha Impresión** 2022-01-27	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	JHON MARIO SALAZAR COLORADO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	16929770	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2022-01-27 12:33:02	**Fecha Salida**	2022-01-27 14:05:35
Fecha Nac.	1981-05-13	**Edad**	40 años
Estado civil	Casado(a)	**Escolaridad**	Secundaria
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	4



Examen

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] 954107

Otologicos

Otitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Otalgia: NO	Descripción: NO REFIERE
Vértigo: NO	Descripción: NO REFIERE	Acúfenos: SI	Descripción: BILATERAL
Otorrea: NO	Descripción: NO REFIERE	Otorragia: NO	Descripción: NO REFIERE
Prurito: NO	Descripción: NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado: NO	Descripción: NO REFIERE
Tinnitus: NO	Descripción: NO REFIERE	Trastorno Auditivo: NO	Descripción: NO REFIERE
Reposo Auditivo: SI	Descripción: NO REFIERE	¿Usa ayuda auditiva?: NO	Descripción: NO REFIERE
Otros Otologicos: NO REFIERE			

Patológicos

Sinusitis: SI	Descripción: SIN MEDICAR	Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE
Hipertension Arterial: NO	Descripción: NO REFIERE	Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE
Parotiditis: NO	Descripción: NO REFIERE	Sarampión: NO	Descripción: NO REFIERE
Rubeola: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración de Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE
Varicela: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Patológicos: NO REFIERE	

Traumáticos

Trauma Craneoencefálico: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Directo: NO	Descripción: NO REFIERE
Trauma Acústico: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Traumáticos: NO	Descripción: NO REFIERE

Quirúrgicos

Cirugía Oído: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Garganta: NO	Descripción: NO REFIERE
Cirugía Nariz: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Cabeza y Cuello: NO	Descripción: NO REFIERE
Timpanoplastia: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Quirúrgicos: NO REFIERE	

Toxicos y Fármacos

Medicamentos Ototoxicos: NO	Descripción: NO REFIERE	Fármacos: NO	Descripción: NO REFIERE
Tóxicos Industriales: NO	Descripción: NO REFIERE	Observaciones: NO REFIERE	

Antecedentes Laborales

Ultima Audiometria Realizada: De 6 meses a 1 año	Resultado: Normal	Exposición a Ruido: SI	Elementos de Protección Auditiva: SI	Tipo de Protección Auditiva: Inserción

Observaciones: 1 AÑO ENÑILA CONSTRUCCION Y USO DE EPA - INSERCION

Antecedentes Extralaborales

Caza: No Practica	Descripción: NO REFIERE	Polígono: No Practica	Descripción: NO REFIERE
Música Alto Volumen: NO	Descripción: NO REFIERE	¿Usa Audífonos?: NO	Descripción: NO REFIERE
Conduce moto: NO	Servicio Militar: NO	Exposición Ruido: NO	¿Cual?: NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular: Normal
Conductos Auditivos: Normal
Membrana Timpánica: Normal
Otro: SIN HALLAZGOS

Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS

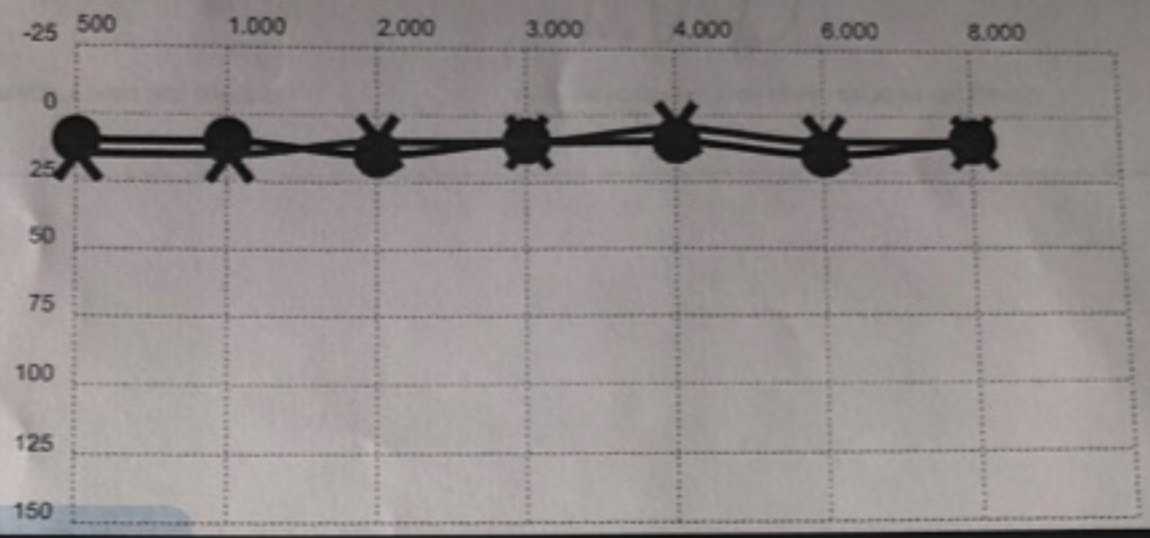
OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular: Normal
Conductos Auditivos: Normal
Membrana Timpánica: Normal
Otro: SIN HALLAZGOS

Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS
Descripción: SIN HALLAZGOS

ráfica Aérea

Frecuencias	
OD	OI
500	500
10	15
1000	1000
10	15
2000	2000
15	10
3000	3000
10	10
4000	4000
10	5
6000	6000
15	10
8000	8000
10	10
PTA OD	PTA OI
11.25	12.5



diograma

udiograma anterior

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

diograma Externa

udiograma Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
OD
OI

Audiograma diferencia Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:
0
OD
OI

iograma Diferencia

udiometría Previa:

Cambio Significativo: NO

Observaciones: NO REQUIERE

resión Diagnostica

gnóstico Principal: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
gnóstico Interno: Audición Normal Bilateral
gnóstico Oido Izquierdo: AUDICION NORMAL

CIE-10: Z011
Descripción del GATI-SO: AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnóstico Oido Derecho: AUDICION NORMAL

mendaciones

- [ ] Remisión ORL
- [ ] Conducir con Ventanas Cerradas
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] udiometría Confirmatoria
- [ ] Rotar Diadema Telefónica
- [ ] Certificado de ganancia auditiva
- [ ] Uso de Protección Auditivo
- [x] Control Según PVE
- [ ] Limpieza Oido Derecho
- [ ] Limpieza de Oido Bilateral
- [x] Pausa Auditiva
- [ ] Limpieza Oido Izquierdo
- [x] Reposo Auditivo Extralaboral

Recomendaciones: NO REFIERE

Observaciones: NINGUNO

e Calibración

o Calibración:

Serie Equipo:

Fecha Calibración:

Resultado: Normal

ripcion por confirmatoria: NINGUNO

...d de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto ...tos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, ...amiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido ...rmado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: MIREYA MARCELA MARTINEZ OROZCO
CC: 52273673
Registro médico: 52273673
Licencia N°: 8904 de 8/8/2013

Firma del trabajador: JHON MARIO SALAZAR COLORADO
CC: 16929770

Los Andes

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 84-37
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 824974	**Fecha Impresión** 2022-01-27	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	JHON MARIO SALAZAR COLORADO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	16929770	**Sede**	POLO CLUB I
Fecha Ingreso	2022-01-27 12:33:02	**Fecha Salida**	2022-01-27 14:05:35
Fecha Nac.	1981-05-13	**Edad**	40 años
Estado civil	Casado(a)	**Escolaridad**	Secundaria
Genero	Masculino	**N° hijos**	1
Raza	Blanco	**Estrato**	4



Examen

OPTOMETRIA 890207

Antecedentes Quirúrgicos

☐ Refractiva ☐ Catarata ☐ Pterigion Otra: Observación: NIEGA

Corrección Visual

Corrección Visual: SI ☑ Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca
☐ Descanso ☐ Lente de contacto Último Examen: De 1 año a 2 años Observaciones:

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertensión: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

ntecedentes Laborales

☐ Iluminación Inadecuada ☐ Cambios Temperatura ☑ Usuario Computador ☐ Mala ventilación
☑ Radiación Ultravioleta ☐ Gases o Humos Toxicos Otros Antecedentes:

ntomas

☐ Fotofobia ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Cansancio
☐ Dolor ☐ Secreción ☐ Ojo Rojo ☐ Visión Borrosa
☐ Visión Doble ☐ Mala Visión Cercana ☑ Mala Visión Lejana ☐ Cefalea
☐ Caspa en pestañas Otros Sintomas:

nen Externo

pados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: ANORMAL	Descripción: HIPEREMIA LEVE AMBOS OJOS
leras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
nea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones:	

metría

Derecho : NO TRAE Ojo Izquierdo : NO TRAE

a Visual

VISIÓN LEJANA			
	Sin Corrección	Con Corrección	PH
Ojo Derecho	20/25		
Ojo Izquierdo	20/30		
Ambos Ojos	20/25		

VISIÓN CERCANA		
	Sin Corrección	Con Corrección
Ojo Derecho	20/20	
Ojo Izquierdo	20/20	
Ambos Ojos	20/20	

Observaciones :

Observaciones :

Visión Cromatica Estereopsis

Normal
Cromática (Test Ishihara) : NORMAL AMBOS OJOS
Profundidad (Test de Fly) : 20 seg arco
Observaciones : NO

Anormal
Cromática (Test Ishihara) :
Profundidad (Test de Fly) : Seleccione

Motilidad Ocular

Punto Proximo Convergencia (cm) : 4

Cover Test Lejos : ORTHOFORIA

Cover Test Cerca : ORTHOFORIA

Oftalmoscopia

Ojo Derecho : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Ojo Izquierdo : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Retinoscopia

Ojo Derecho : N-0.50*0

Ojo Izquierdo : N-0.75*0

Queratometria

Ojo Derecho : NO REALIZO

Ojo Izquierdo : NO REALIZO

Estado de Corrección

Anormal_no_corregido

Diagnóstico

Diagnóstico Principal : ASTIGMATISMO
H522
Diagnóstico Relacionado 1 :
Diagnóstico Relacionado 2 :
Diagnóstico Relacionado 3 :
Diagnóstico Relacionado 4 :
Observaciones Diagnóstico :

Corrección Óptica Final

O.D : N-0.50*0
O.I : N-0.75*0

ADD+ : 0
ADD+ : 0

AV : 20/20
AV : 20/20

Distancia Pupilar : 60/62
Corrección Óptica Final : Descanso

Recomendaciones

- [ ] Usar corrección visual para trabajar
- [ ] Uso de filtro antirreflejo para video terminales
- [x] Uso de lentes de protección solar
- [ ] Elementos de Protección individual Visual
- [x] Pausas Activas Visuales
- [ ] Uso de corrección óptica para visión proxima
- [x] Uso de corrección óptica de descanso
- [ ] Uso permanente de corrección óptica
- [x] Lubricante Ocular

Observaciones : - USO DE CORRECCION OPTICA DE DESCANSO - USO DE PROTECCION SOLAR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - USO DE LUBRICANTE OCULAR(LAGRIMAS ARTIFICIALES)

Remisiones

- [ ] Valoración Oftalmologica
- [ ] Topografia Corneal
- [ ] Tratamiento Ortoptica
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar Prueba Ambulatoria

Otras Remisiones :

Observación : NO

ontroles

Anual

sultado

Resultado : Normal

Descripción de la observación general : - USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE PROTECCION SOLAR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS USO DE LUBRICANTE OCULAR(LAGRIMAS ARTIFICIALES)

sentimiento informado del trabajador

idad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulac
rocesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he
informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimi
en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial
reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia d
valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: DIANA MARCELA VERGARA GUTIERREZ
CC: 52337354
Registro médico: 52337354
Licencia N°: 14247 de 09/12/14

Firma del trabajador: JHON MARIO SALAZAR COLORADO
CC: 16929770

Los Andes

Hace constar:

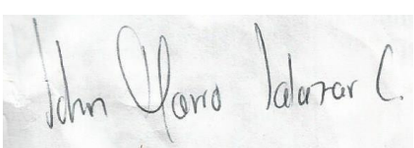
Que el Sr(a) JHON MARIO SALAZAR COLORADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16929770 realizó el día 16/08/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JHON MARIO SALAZAR COLORADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16929770 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Certificado Bancario

Miércoles, 20 de julio de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHON MARIO SALAZAR COLORADO identificado(a) con CC 16929770, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06922143534	2005/05/11	CXC PENDIENTES

***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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de agosto de 2020

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1092854054**	**CAROLINA SALAZAR AGUDELO**	**HIJO**

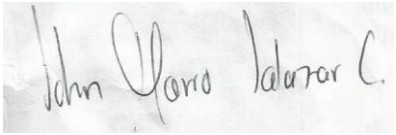
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: JHON MARIO SALAZAR COLORADO

C.C. 16929770

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.092.854.054**

SALAZAR AGUDELO

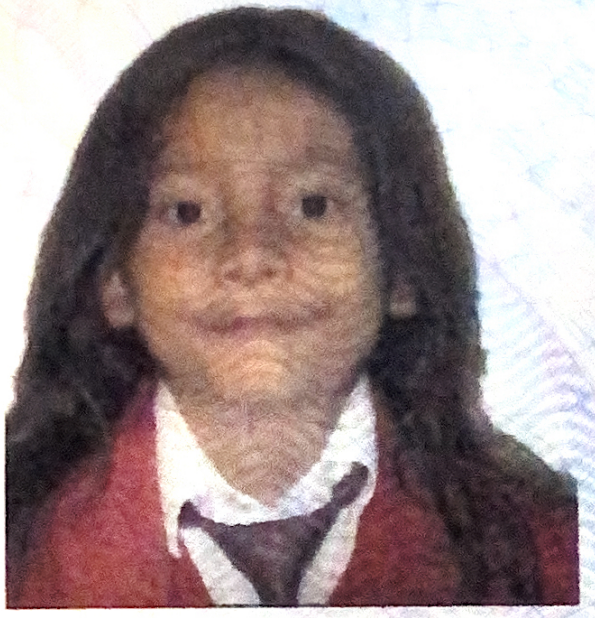
APELLIDOS

CAROLINA

NOMBRES

Carolina

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-2009**

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

25-FEB-2027 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

05-MAY-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00823625-F-1092854054-20160510 **0049**681818A 1 1073910750

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101076391	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
03	08	2022	03	08	2022	00:00	17	04	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SALAZAR COLORADO JHON MARIO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :16,929,770
DIRECCIÓN:	CR 12 NRO. 140 - 42 CASA-53	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3116021906

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES DC			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	5960050
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.3866612 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/08/2022	17/04/2023	$ 1,705,563.00

ACLARACIONES:

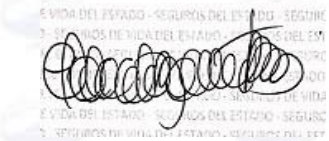
LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

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	$ 1,705,563.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JAIRO WILCHEZ ROJAS	10178	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.



14-46-101076391

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

INT010178A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 14-46-101076391, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C., a los 3 días del mes de Agosto de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 14461010763910

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: SALAZAR COLORADO JHON MARIO C.C. C.C. :16,929,770

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101076391

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101076391 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 14461010763910

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: SALAZAR COLORADO JHON MARIO C.C. C.C. :16,929,770

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101076391

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101076391 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101076391

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

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Bogotá, agosto 30 de 2022

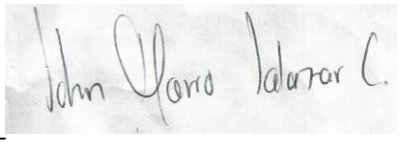
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

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 SI provinieron 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 ($50.831.100)
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 Bogotá, a los 30 días del mes de agosto de 2022.

FIRMA: 

NOMBRES Y APELLIDOS: JHON MARIO SALAZAR COLORADO

C.C. No. 16929770