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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.
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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**67812-248980**
No. de documento	**594438**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON	**C.C.**	88.032.240	**IP/Nº de contacto**	3219984555
Correo electrónico contratista:	hgsantafer@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO POPULAR	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		500803442507	
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:	4126138/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**208022**	
Valor Total del Contrato	$ 6.867.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.867.600	**1**	**Del**	**18/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 1.785.576,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.082.024		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el Centro de formacion en la red de conocimiento Actividad fisica, Recreacion y Deporte en el area tematica Deporte

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.785.576		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	**$ 1.785.576**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.077.014**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Setiembre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**DEC1273/18**	Valor Base retención en la fuente	1.077.014,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 600.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.614.576,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 75.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 96.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 6.300	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 178.558		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 359.005		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.785.576,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
FORMACION Ficha: 2504570 Programa: Tn Ejecución de Programas Deportivos Competencia: Preparar al deportista físicamente
FORMACION Ficha: 2620959 Programa: Tn Sistemas Competencia:  Generar hábitos saludables de vida mediante laaplicación de progr
FORMACION Ficha: 2620959 Programa: Tn Sistemas Competencia:  Generar hábitos saludables de vida mediante laaplicació
```

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.

HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
INSTRUCTOR

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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON**; identificado(a) con **CC** número **88032240**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **30/11/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **13** días del mes **10** del año **2022**

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14787073418

(415)7707212489984(8020) 000001478707341 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 8 0 3 2 2 4 0	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	8 8 0 3 2 2 4 0	2 0 0 0 1 1 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANTAFE	RAMON	HERLENDY	GERARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Málaga 4 3 2

41. Dirección principal
CL 21 A 11 15 BRR PINOS DEL NORTE

42. Correo electrónico herlendy25@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 9	2 0 1 0 0 5 1 2	8 5 4 2	2 0 1 6 0 9 2 8				3 4 7 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 09 - 16 / 11 : 55: 28

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 SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución Nº 009755

NIT 900808079-5



FECHA DE EXAMEN		
Día	Mes	Año
14	10	2022

Direccion: Calle 14A # 6-64 Málaga
Telefono: 3113254808-3134654596

Empresa: SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO

Act. Económica:

Tipo de Exámen: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL PREEMPLEO

IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO

APELLIDOS Y NOMBRES			CC Nro	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO			88032240	25/08/1982	40
SEXO	**ESTADO CIVIL**	**DIRECCION:**	**TELÉFONO**	**CARGO**	
M	CAS	CALLE 2F 3 16 LA SALLE	3219984555	INSTRUCTOR	
ESCOLARIDAD	**PROFESIÓN**	**EPS**	**ARP**	**PENSION**	
UNIV	INSTRUCTOR	NUEVA EPS	NO REFIERE	COLPENSIONES	

CONCEPTO MEDICO

SIN defecto fisico NI enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada
SIN RESTRICCINES O LIMITACIONES PARA EL CARGO

LABORATORIO Y PARACLÍNICOS

Examen	Fecha	Resultado
TAMIZAJE AUDITIVO	14/10/2022	NORMAL
VISIOMETRIA	14/10/2022	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA	14/10/2022	NORMAL
EXAMEN PSICOLOGICO	14/10/2022	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	14/10/2022	NORMAL
PERFIL LIPIDICO	14/10/2022	NORMAL
GLICEMIA	14/10/2022	NORMAL
CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO	14/10/2022	NORMAL

RESTRICCIONES

Ninguna	X

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal	X
Higiene Postural	X

JUSTIFICACION

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA,ACUDE A VALORACIÓN LABORAL PARA INGRESO LABORAL, EN EL MOMENTO PACIENTE EN ACEPTBLES CONDICINES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL, SIN ALTERACION EVI

OBSERVACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo a la profesional abajo mencionada en realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. La profesional me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del sistema de cual me encuentro actualmente afiliado. Además manifiesto que la información aportada a la profesional es verídica y completa sobre mis antecedentes, estado de salud, condiciones físicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blando han sido completados antes mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi sentimiento

Herlendy Santafe

SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO

Paciente



Dra. Laura Giselle Peña
Médico Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia Ocup. 21431 M.N. 1.098.851.470

DRA. LAURA GISELLE PEÑA

Médico Especialista Salud Ocupacional

Laboratorio Clinico
Leonor Margarita Rodriguez Bermúdez
Nuestra calidad genera confianza

INFORMACIÓN DEL USUARIO

PACIENTE: HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON

SEXO: MASCULINO EDAD : 40 AÑOS

IDENTIFICACIÓN: 88032240 TELEFONO:

MÉDICO: DR

CLIENTE: SERSALUD CUENTA:

FECHA DE ATENCIÓN: 14 10 2022 FECHA ENTREGA DE RESULTADOS: **14 10 2022** CIUDAD: **MALAGA**

EXAMEN SOLICITADO:

RESULTADOS

CUADRO HEMATICO

PARAMETROS	RESULTADOS	UNIDADES	LIMITES
ERITROCITOS	4.4	millones	4 - 5.5
HEMOGLOBINA	13.3		12-17.4
HEMATOCRITO	41	%	36-52
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIOVCM	94	fl	76-96
HEMOGLOBINA CORUPUSCULAR MEDIA HMC	30	pg	27-31
CONCENTRACIONCORPUSCULARMEDIAHbCCMH	33	g/dl	30-35
ANCHODE DISTRIBUCION DE LOS ERITROCICOSRDWCV	13	%	11 A 18
LEUCOCITOS	8.5	miles/mm3	5 a 10
LINFOCTOS	3.0	miles/mm3	1.3 a 4.0
MONOCITOS	0.2	miles/mm3	0.15 - 0.70
GRANULOCITOS	8.0	miles/mm3	2.5 - 7.5
LINFOCITOS	20	%	25 - 50
MONOCITOS	2	%	3 - 7.0
GRANULOCITOS	78	%	50 - 75
PLAQUETAS	200	miles/mm3	150 - 450
PCT	0.30	%	
VOLUMEN PLAQUETARIO	8.-9	fl	8 a 15

LABORATORIO CLINICO
L. Margarita Rodriguez
Bacterióloga U. Javeriana
S.S.S. 9527 C.C. 37...

MARGARITA RODRIGUEZ. Bacterióloga

MARGARITA RODRÍGUEZ
Bacterióloga. Universidad Javeriana. TP No.009527/93. Registro S.S.S.
Carrera 13 No. 9-75. Barrio Centro. Málaga, Santander. Cel 312 497 7808

Laboratorio Clínico
Leonor Margarita Rodríguez Bermúdez
Nuestra calidad genera confianza

INFORMACIÓN DEL USUARIO

PACIENTE: HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON

SEXO: MASCULINO EDAD : 40 AÑOS

IDENTIFICACION : 88032240 TELEFONO:

MÉDICO: DR

CLIENTE SERSALUD CUENTA:

FECHA DE ATENCIÓN: 14 10 2022 FECHA ENTREGA DE RESULTADOS: 14 10 2022 CIUDAD: MALAGA

EXAMEN SOLICITADO:

RESULTADOS

GLICEMIA PREPRANDIAL : 90 mg/dl
Valor de referencia : 60 – 110 mg/dl

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL:132mg/dl
Valor de referencia : Hasta 200mg/dl

COLESTEROL HDL :53mg/dl
Valor de referencia : 35 – 55 mg/dl

COLESTEROL LDL :65mg/dl
Valor de referencia : 60 – 140 mg/dl

COLESTEROL VLDL : 14mg/dl
Valor de referencia n: Hasta 40 mg/dl

TRIGLICERIDOS :71mg/dl
Valor de referencia : 45 – 165 mg/dl

LABORATORIO CLINICO
L. Margarita Rodriguez
Bacterióloga U. Javeriana
RSS 9527 C.C. 5205770

MARGARITA RODRIGUEZ
Bacterióloga

IPS SerSalud Salud Integral & Medicina Laboral NIT: 900808079-5	FORMATO ENTREVISTA PSICOSOCIAL	
	CODIGO	PM- CEX-PSI- FTO-05
	VERSION	1
	FECHA	17-02-2021

ENTREVISTA PSICOLÓGICA OCUPACIONAL	
EMPRESA: SENA	CARGO: INSTRUCTOR DE DEPORTES.
FECHA:13/10/2022	CIUDAD: MALAGA SANTANDER.
NOMBRE: HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON	ESTADO CIVIL: CASADO
C.C. NO: 88032240	EDAD: 40 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: 25 AGOSTO DE 1982	TELÉFONO: 3219984555
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 2 F 3-16	BARRIO: BARRIO LA SALLE
ASPIRACIÓN SALARIAL:	
INGRESO QUE VA A TENER:	

NIVEL DE PREPARACIÓN ACADÉMICA								
PRIMARIA	BACHILLER	TÉCNICO	TECNOLOGA	PROFESIONAL	DIPLOMADO	ESPECIALIZACIÓN	MAESTRÍA	DOCTORADO
				X				

NIVEL DE INGLÉS DE 1 A 10		
HABLADO: 2	ESCRITO: 2	LECTURA: 2

NIVEL DE INFORMATICA DE 1 A 10		
WORD: 9	EXCEL: 4	POWERPOINT: 4

COMPOSICIÓN FAMILIAR				
NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	TIPO DE RELACIÓN B M R
DEISY ANGELICA CASTELLANOS RINCON	ESPOSA	BACTERIOLOGA	36 AÑOS	BUENA RELACION
JUAN DIEGO SANTAFE CASTELLANOS	HIJA	ESTUDIANTE	9 AÑOS	BUENA RELACION
MARIA ALEJANDRA SANTAFE CASTELLANOS	HIJA	PREJARDIN	4 AÑOS	BUENA RELACION

EXPERIENCIA LABORAL ANTERIOR				
TIEMPO LABORADO	EMPRESA	CARGO	FUNCIONES	MOTIVO DE RETIRO

IPS SerSalud Salud Integral & Medicina Laboral NIT: 900808079-5	FORMATO ENTREVISTA PSICOSOCIAL	
	CODIGO	PM- CEX-PSI- FTO-05
	VERSION	1
	FECHA	17-02-2021

1 AÑO Y 4 MESES	SENA	INSTRUCTOR	Encargado de funciones acordes al cargo	Activa.

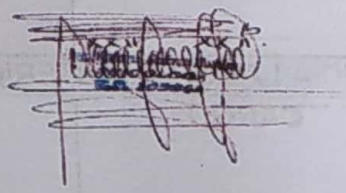
FORTALEZAS QUE DESTACA	OPORTUNIDADES PARA MEJORAR
Responsabilidad	Continuar con el fortalecimiento de mis conocimientos.
¿QUÉ LO MOTIVA EN EL TRABAJO?	**¿QUÉ METAS TIENE A CORTO MEDIANO Y LARGO PLAZO?**
Por un mejor futuro para la sociedad y mi familia	**Corto plazo**: estudiar maestría en actividad física. **plazo:** terminar de construir la casa. **Largo Plazo:** conservar mi familia y disfrutar de los rendimientos de dicho proyecto.
¿QUÉ LE PUEDE APORTAR A LA SOCIEDAD DESDE SU TRABAJO?	**¿QUÉ LOGROS DESTACA DURANTE SU VIDA?**
Evitar el sedentarismo fortalecimiento de la salud en general.	

CONCEPTO PSICOLOGICO

HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON: Consultante masculino, con edad aparentemente similar a la cronológica, presenta dialogo fluido, mantiene contacto visual, de complexión endomórfica, sin antecedentes de enfermedad mental, la consultante se muestra colaborador, orientado auto psíquica y al psíquicamente; Su vestimenta corresponde al sexo, edad y contexto. Presenta un lenguaje coherente y acorde a su edad, no presenta dificultad a la hora de responder de forma concreta a las preguntas, logra mantener una conversación fluida, sin alteración grave no hay presencia de afectaciones en el lenguaje, no presenta afectaciones perceptuales, ni de pensamiento, así como tampoco síntomas psicóticos, no hay trastorno del sueño, Responde a estímulos visuales y auditivos de manera correcta, los cuales se lograron evidenciar durante el dialogo. Así mismo, no presenta alteraciones en la memoria a corto y largo plazo. De acuerdo con el pensamiento presenta un curso normal, organizado y focalizado en aspectos positivos de sus experiencias; memoria a corto mediano y largo plazo con alteración, se dan recomendaciones generales en relación a sobrecarga laboral- manejo en tiempo dentro y fuera de la empresa, se recomienda a los superiores apoyar con talento humano en las actividades que desarrolla la consultante, a fin de evitar estrés por carga laboral, se recomienda trabajo en equipo ,buen manejo de situaciones estresantes y delegar funciones.

para desarrollar ciertas actividades, conoce generalidades relacionadas con el cargo que va a desarrollar, no presenta deterioro cognitivo, niega sintomatología asociada a ansiedad y depresión, se le recomienda el buen manejo del tiempo libre para carga laboral. **PACIENTE APTO PARA EL CARGO.**

FIRMA PSICÓLOGA.



VIVIANA PATRICIA SUAREZ BARAJAS.
T.P.169866

IPS SerSalud Salud Integral & Medicina Laboral NIT: 900808079-5	FORMATO TAMIZAJE FONOAUDIOLOGÍA	
	CODIGO	PM-ADCT-FON-FTO-04
	VERSION	1
	FECHA	24/02/2021

DATOS PERSONALES

FECHA: 14-10-2022

NOMBRE: Herlendy Gerardo Santafé R. **EDAD:** 40 años **GENERO:** M.

IDENTIFICACION: 88032290 **OCUPACION:** Lic. Educ. Física. **TIEMPO:** 12 años.

TIEMPO DE EXPOSICION AL RIESGO: NO **USO DE EPP: SI** ___ **NO** X

TAMIZAJE AUDITIVO

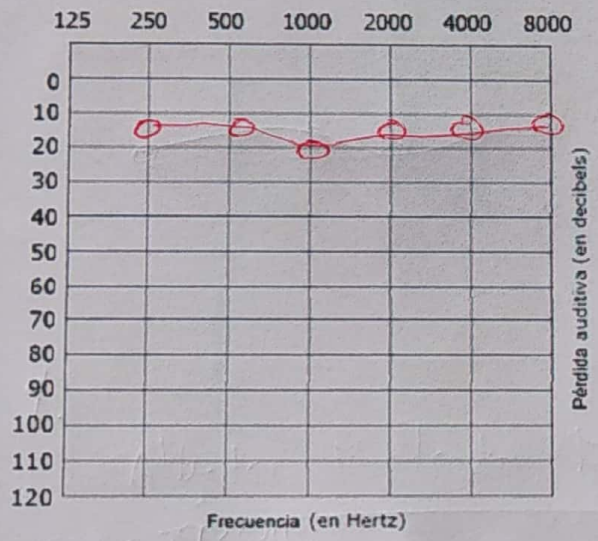
OTOSCOPIA:

PABELLON AURICULAR: O.D Normal O.I. Normal

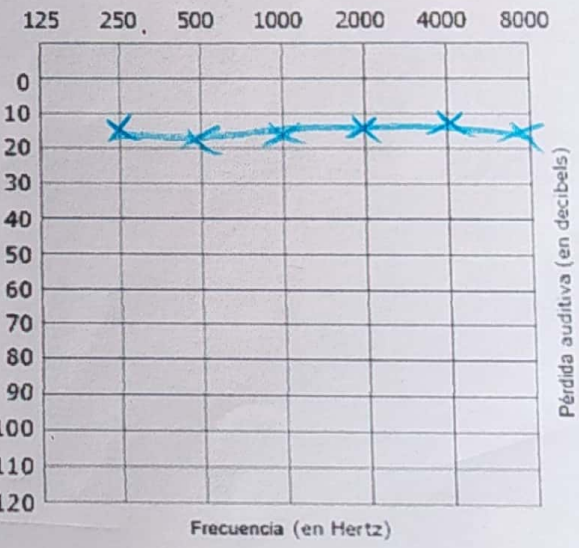
CAE: O.D Normal O.I. Normal

MENBRANA TIMPANICA O.D Normal O.I Normal

TAPON DE CERUMEN O.D NO O.I NO



PTA: 15dB



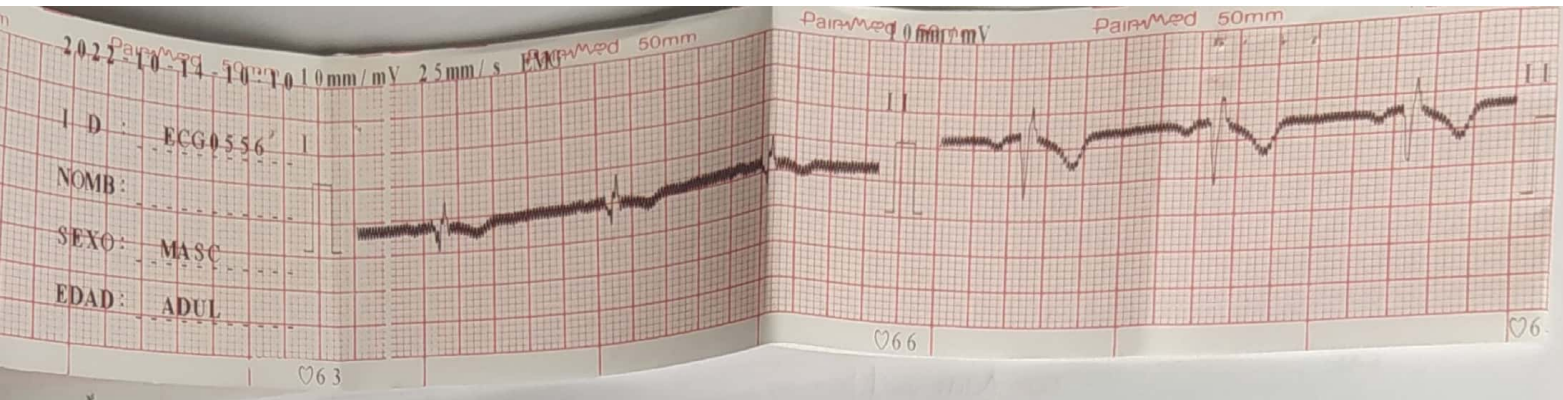
PTA: 15dB

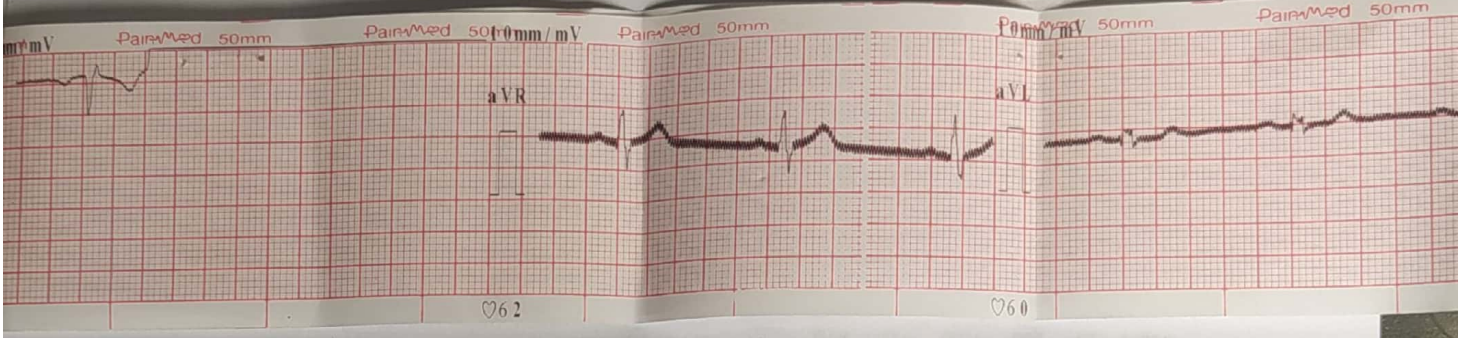
DIAGNOSTICO:
A nivel bilateral Normal

RECOMENDACIONES:
-Control 1 año.

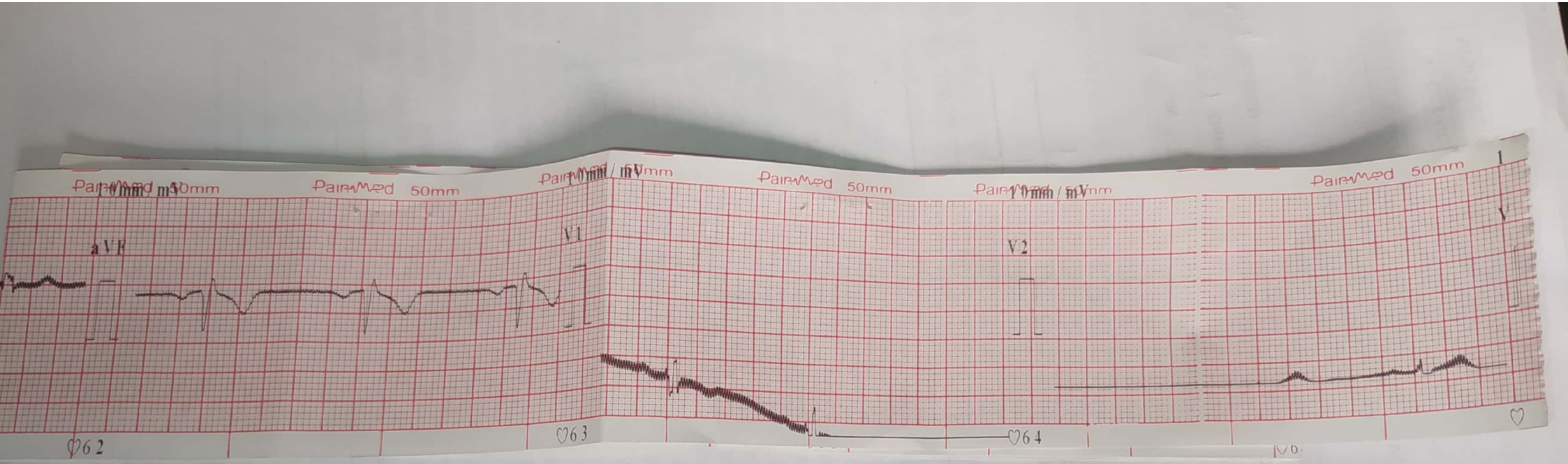
FONOAUDIOLOGA [signature] Fonoaudióloga RUN 1302431 PACIENTE Herlendy Santafé

	ELABORO	REVISO	APROBO
CARGO	LIDER DEL PROCESO	COORDINADORA DE CALIDAD	GERENCIA


2022-10-14 10:10 10mm/mV 25mm/s EKG
I D : ECG0556 I
NOMB :
SEXO : MASC
EDAD : ADUL
♡63
10mm/mV
II
♡66



REDMI NOTE 8
H.SANTAFE



REDMI NOTE 8
H.SANTAFE

Hace constar:

Que el Sr(a) HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 88.032.240 realizó el día /21 de Octubre / 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 Identificado(a) con cédula de ciudadanía 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.

Herlendy Santafe

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 88032240, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 17/10/2022 y fecha fin de contrato 17/12/2022 con riesgo 2.

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): 202201020436496.

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de Octubre de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 26/10/2022 3:58:11 p. m.
ISCDC: 26/10/2022 3:58:11 p. m.

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
MÁLAGA

El Banco Popular, hace constar que el cliente HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON identificado con Cédula de Ciudadanía No. 88.032.240 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 700 Malaga con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	581 Nómina
Número:	500-80344250-7
Fecha de Apertura:	2022-06-07
Nombre Cuenta	HERLENDY GERARDO SANTAFE RAMON
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a AL INTERESADO
Elaborada en la oficina 700 MALAGA el dia 13 del mes 10 del año 2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101010954	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
15	10	2022	14	10	2022	00:00	17	04	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :88,032,240
DIRECCIÓN:	88032240	CIUDAD:	MALAGA - SANTANDER	TELÉFONO:	3219984555

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 22 NRO 9-82	CIUDAD:	SAN GIL - SANTANDER	TELÉFONO:	7248113
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.4126138 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALESDE CARÁCTER TEMPORALCOMO INSTRUCTOR,PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO ACTIVIDAD FISICA, RECREACION Y DEPORTE EN EL AREA TEMATICA DEPORTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2022	17/04/2023	$ 686,760.00

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	$ 686,760.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	100,00			

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

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

96-46-101010954
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

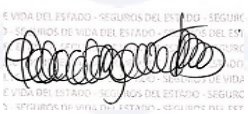
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101010954, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BUCARAMANGA, a los 15 días del mes de Octubre de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 96461010109540

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO			C.C. C.C. :88,032,240	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101010954				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101010954 - 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:	ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216	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°: 96461010109540

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO			C.C. C.C. :88,032,240	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101010954				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101010954 - 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:	ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101010954

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

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

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de octubre de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

T.I.	**1096955939** **1096960708**	**Juan Diego Santafe Castellanos** **MarianAlejandra Santafe Castellanos**	**HIJOHIJO**

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,

Herlendy Santafe
_____
FIRMA

Nombre: Herlendy Gerardo Santafe Ramon

C.C. 88.032.240

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.096.955.939

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **51966489**

- 51966489 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0 4 2

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTAFE.....	CASTELLANOS.....

Nombre(s)

JUAN DIEGO.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes ABR Día 11	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA.....	.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS RINCON DEICY ANGELICA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.946.712.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 88.032.240.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 88.032.240.....	

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 2013 Mes ABR Día 15	JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

15.ABR.2013 - SERIAL REEMPLAZA A - 0051966488 - 15.ABR.2013. CORRECCION GRUPO SANGUINEO Y/O RH - POR ERROR EVIDENTE AL TRANSCRIBIR LOS DATOS DEL DOCUMENTO ANTECEDENTE AL SERIAL DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO..

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

23416984-2

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152534328

NUIP 1.096.960.708

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 4 Z

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTAFE	CASTELLANOS

Nombre(s): MARIA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes OCT Día 02

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14828029-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS RINCON DEICY ANGELICA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.946.712	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 88.032.240	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANTAFE RAMON HERLENDY GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 88.032.240	Herlendy Santafe

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes OCT Día 04	JUAN ALBERTO FUENTES BLANCO - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -