

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	930210
			Fecha Elaboración	Enero de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION			ID de Proceso	72051-331234
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		NATAN JOSE NADER BARBOSA	C.C.	72.163.462
Correo electrónico contratista:		njnader@misena.edu.co	IP/N° de contacto	0
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	NO
			Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	77376851471
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		
		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		4430394/2023	N° Compromiso SIIF	12623
Valor Total del Contrato		\$ 20.013.333	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 20.013.333	Del	31/01/2023
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 19.000.000	Al	31/01/2023
		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS RADICADO 08-9-2023-001079...PZO 30/06/2023		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 1.013.333	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
			Retención en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 1.013.333	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 405.980	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
			\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Enero	Diciembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
		59926305		405.980,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 145.000	\$ 0	682.733,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.600	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	0,00
ARL		\$ 6.100	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención en la Fuente
\$ 253.333		\$ -	\$ -	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 13.430.466	\$ -	Menos Retencion IVA
\$ 13.430.466		\$ -	\$ -	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.241.200	\$ -	Reteica - 8299
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	6.827,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ 101.333	Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 678.592	\$ 444.150	0,00
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 32.788	Otras Retenciones
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	0,00
		VALOR A PAGAR		\$1.006.506,00
SON: UN MILLÓN SEIS MIL QUINIENTOS SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Preparar material de apoyo a las fichas DV-2615667, GM-2500025, GM2535817. Impartir formación a las fichas DV-2615667, GM-2500025, GM2535817. Respuestas y solución de requerimientos de la Coordinación.				
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.				
NATAN JOSE NADER BARBOSA 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,				
LINDA EVELIN PICHON RONCALLO 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				
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

Medellín, 16 de enero de 2023

Apreciado usuario,

Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de SuAporte.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: NATAN JOSE NADER BARBOSA

Documento de Identidad: CC 72163462

Usuario: NATAN NADER

Teléfono: 3046045353

Número de Planilla: 59926305

Fecha de Recepción: 16 de enero de 2023

Periodo de Cotización: 2022-12

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 25-14 - COLPENSIONES

Número de empleados: 1

Valor: \$160.200

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS010 - EPS SURA

Número de empleados: 1

Valor: \$125.200

Información relacionada a Riesgos

Administradora: 14-23 - ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

Número de empleados: 1

Valor: \$5.400

Total Pagado: \$290.800

Cualquier inquietud adicional, comuníquese con nuestras Líneas de Servicio al Cliente: Barranquilla: 385 24 44, Bogotá: 742 44 88, Bucaramanga: 697 87 27, Cali: 485 94 44, Cartagena: 693 77 27, Pereira: 340 13 27, Manizales: 892 80 27, Medellín: 604 27 27, desde otras ciudades: 018000 51 99 77, servicioalcliente@arus.com.co

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE



Natan Jose Nader Barbosa <natannader@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 1867294017

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: natannader@gmail.com

16 de enero de 2023, 21:20



¡Hola, NATAN JOSE NADER BARBOSA

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1867294017
Empresa: ENLACE OPERATIVO S.A.
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: \$ 290.800
Fecha de Transacción: 16/01/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

Verificar el código de seguridad en el correo electrónico de Transacciones ACH



TransaccionesACH

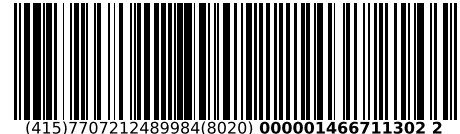


@ACH_Informa

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14667113022



(415)7707212489984(8020) 000001466711302 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 0 5 0 2 0 4

77. No. Matrícula mercantil

0 0 0 0 3 8 7 1 8 0

78. Departamento

0 8

79. Ciudad/Municipio

3

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
---------------------------	--	--	---------

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

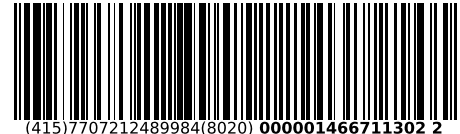
172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14667113022



(415)7707212489984(8020) 000001466711302 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido col 4 7 1 1
162. Nombre del establecimiento .PROVISIONES NADER	
163. Departamento Atlántico 0 8	164. Ciudad/Municipio Barranquilla 0 0 1
165. Dirección CR 64 B 86 175 AP 401 A	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 0 3 8 7 1 8 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 5 0 2 0 4
168. Teléfono 3 5 3 1 2 9 2 8	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre



CONSENTIMIENTO Y DECLARATORIA

Fecha: 2020-08-28 Hora: 10:07:44

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN LA IPS LABOQUIMICO

Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud LABOQUIMICO para la realización de un Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser (sin limitarse a éstas) una o varias de las siguientes:

- Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
- Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
- Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
- Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
- Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
- Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.

Estas evaluaciones no representan en si mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible. Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.

Por ello, al firmar se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a su realización y queda entendido para nosotros que en caso de posteriormente no estar de acuerdo con algún procedimiento, podrá retirar este consentimiento, para lo cual deberá firmar el respectivo desistimiento, para que no se le realice.

Acepta que los documentos de la atención tengan su foto, firma y huella y que puedan ser guardados de manera electrónica en un Formato de Historia Electrónica, en la cual le garantizamos la reserva y confidencialidad de su información sensible y al empleador solo se le podrá entregar el Certificado Médico de Aptitud.

DECLARATORIA DE ESTADO DE SALUD GENERAL Y ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA

Para que el Médico Especialista en Salud en el Trabajo pueda evaluar su condición de salud y antecedentes de enfermedades, acepta informar toda la verdad, sin ocultamientos ni información falsa sobre su condición de salud, por lo que la información suministrada puede ser usada para intervenir sobre ella buscando su mejoramiento, de acuerdo al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa. Además, podrá ampliar al Médico lo que considere necesario.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre NATAN JOSE NADER BARBOSA

Documento: 72163462

Si ha padecido, padece o es tratado de alguna enfermedad o presenta algún tipo de incapacidad, relacionada con los siguientes aspectos, por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a afirmativo (SI) o negativo (NO).

PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp	PATOLOGIA	Resp
1. En los últimos 12 meses ha asistido a una consulta médica o ha estado hospitalizado?	Si	2. Ha tenido alguna operación, transfusión de sangre, hospitalización, tratamiento o está en consulta por una enfermedad que le afecte o pueda afectar el desempeño de su trabajo?	No	3. Presenta secuelas de alguna enfermedad, cirugía o de un accidente?	No
4. Alguna vez ha tenido alergia en la piel o respiratoria, a: - cualquier tipo de medicamento, - alimento o a - picaduras de insectos, - producto químico, - detergentes, - polvo u otro?	No	5. Ha presentado alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo?	No	6. Está actualmente en tratamiento de alguna enfermedad o cirugía, o tiene pendiente algún examen diagnóstico, tratamiento médico, cirugía o procedimiento, o está en proceso de reclamación por algún evento que le afectó su salud en una Empresa, la EPS, la ARL o la AFP?	Si
7. Tiene actualmente alguna incapacidad laboral, o se encuentra en condición de discapacidad o es limitado en su movilidad o se le ha calificado alguna merma de su capacidad laboral?	No	8. Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias psicoactivas: Marihuana, bazuco, perico, cocaína, disolventes, pastillas o alcohol, hasta quedar ebrio?	No	9. Presenta algún trastorno mental, psiquiátrico, psicológico o epilepsia o "ataques"?	No
10. Si es mujer, presenta o ha presentado alguna enfermedad ginecológica o de la pelvis o de las mamas, incluido dolores? Tiene prótesis mamaria?	No	11. Toma actualmente medicamentos de cualquier tipo?	Si	12. Presenta o ha presentado adormecimiento, calambres, picadas o dolor en las manos?	No
13. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o tiene una cirugía en los hombros?	No	14. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, pérdida de la fuerza o cirugía en codos, muñecas o manos o de síndrome del túnel del carpo o tendinitis de la mano, muñecas o codo?	No	15. En las rodillas presenta o ha presentado dolor, enfermedad, o una dificultad para moverse, agacharse, caminar o para poder estar en cuclillas, o levantar cargas o cirugía en una o las 2 rodillas o piernas o caderas o secuelas de accidente deportivo, trabajo, tránsito o por otra causa?	No
16. Ha presentado fractura de cualquier hueso o articulación del cuerpo y tiene actualmente clavos, varillas, placas o cualquier tipo de material de osteosíntesis en algún hueso o articulación?	No	17. Presenta o ha tenido dolor, enfermedad, limitaciones o cirugía de la columna o espalda?	No	18. Ha padecido o está en tratamiento por enfermedad de la columna, o sufre de dolores que le impiden movilizar o levantar cargas o estar sentado o de pies por largo tiempo?	No
19. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad o cirugía de brazos, antebrazo o codos?	No	20. Presenta o ha presentado una lesión de los ligamentos, meniscos o esguinces de rodilla?	No	21. Presenta o ha presentado dolor, enfermedad, cirugía o limitaciones en las articulaciones?	No

22. Presenta o ha presentado enfermedad o cirugía de los ojos o tiene un déficit visual?	Si	23. Alguna enfermedad de los oídos o alguna deficiencia auditiva que no le permita oír bien?	No	24. Presenta o ha presentado trastornos del peso o enfermedades del metabolismo del azúcar (diabetes o hipoglicemia) o de las grasas (colesterol o triglicéridos altos o dislipidemia)?	No
25. Tiene una enfermedad cardíaca como: Soplos, infarto, cirugías o trombosis o derrame?	No	26. Tiene miedo a los espacios cerrados o que sean oscuros o estrechos (claustrofobia)?	No	27. Tiene actualmente miedo, pánico o un temor anormal para realizar trabajos en alturas (acrofobia) o en socavones, aún con la protección necesaria y el entrenamiento adecuado?	No
28. Sufre de hipertensión arterial (presión alta), vértigos, mareos o enfermedades vasculares?	Si	29. Sufre de alguna enfermedad infecto contagiosa que sea un riesgo en el trabajo?	No	30. Sufre o a tenido alguna enfermedad respiratoria tal como infecciones, bronquitis, asma o rinitis alérgica, Tuberculosis, Laringitis o sinusitis o tiene dificultad para usar protección respiratoria?	No
31. Presenta o ha presentado hernias en el abdomen (inguinal, umbilical o epigástrica)?	No	32. Presenta o ha presentado dificultades de cualquier tipo que le hayan afectado su capacidad de trabajo o su aptitud para desempeñar el trabajo o que le hayan obligado a retirarse y buscar otro trabajo?	No		



Monica Patricia Urrea Pacheco
Medico Especialista en SST
Universidad del Norte
RM: 1805 -2002
Licencia S.O: 2491/2018



NATAN JOSE NADER BARBOSA
Documento: 72163462



Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (574) (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por:

Fecha: 2020-08-28 Hora: 17:31

**COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:**

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:	Particular	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	NATAN JOSE NADER BARBOSA	Documento:	72163462
Fecha de nacimiento:	1970-02-10	Lugar de nacimiento:	Barranquilla (Atlantico)
Edad:	50 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CRa 64B N 86-175 AP 401 ED TAITI	Municipio:	
Teléfono:	3046045353	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	INSTRUCTOR	EPS:	NO SABE
Responsable:	CELIA DIAZGRANADOS (ESPOSA)	Teléfono:	3013689948
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		

**2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)**

	Per.-Fam.		Per.-Fam.		Per.-Fam.		Per.-Fam.
1. Congénitos	N N	4. Musculares	N N	7. Autoinmunes	N N	10. Cáncer	N N
2. Quirúrgicos	N N	5. Tóxicos o alérgicos	N N	8. Cardiovasculares	N N	11. Tiroides	N N
3. Traumáticos	N N	6. Dermatológicos	N N	9. Metabólicos	N N	12. Otros	N N

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	Si	Desde qué edad usa lentes?	0
Tipo de lentes		Frecuencia de uso	
Último cambio de lentes?		Trae los lentes al examen?	No aplica
Ampliación de información			
ucv 1 año			

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)
No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenoipeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenoipeico
Ojo derecho	20/20			Ojo derecho	1.75 m		
Ojo izquierdo	20/20			Ojo izquierdo	1.75 m		
Ambos ojos	20/20		No aplica	Ambos ojos	1.75 m		No aplica

Ampliación de hallazgos

La agudeza visual para cerca disminuido

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N
Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

Esfera Cilindro Eje
Ampliación de hallazgos
Ojo derecho
Ojo izquierdo
ADICION

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA

Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:

REFRACCION

Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	+0.25			20/20
Ojo izquierdo	+0.50			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	Neutro			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	Neutro			20/20	0.50 m
Adición	2.00				

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:
- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisión a la EPS:
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

H524 - Presbicia

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO

Su capacidad visual actual es insuficiente.

10. RECOMENDACIONES

Control 1 año
Uso de Rx Óptico no permanente

Yenny Cenit Arteta Peña

Yenny Cenit Arteta Peña
Optometra
Universidad Metropolitana
Especialista en SST
Universidad Libre
TP: 0789 CTNPO
Licencia S.O: 0369817062011.

Natan Jose Nader Barbosa

NATAN JOSE NADER BARBOSA
Documento: 72163462



Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por:
Fecha: 2020-08-28 Hora: 17:31



EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 72163462

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria:

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Nivel de ruido en el puesto de trabajo:

Particular

NATAN JOSE NADER BARBOSA

50 años

INSTRUCTOR

Desconocido

Fecha:

2020-08-28

Documento:

72163462

Género:

Masculino

Teléfono:

3046045353



2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

Acufenos	N Diabetes	N Otitis media	N Hipertensión arterial	P
Adenoidectomía	N Epilepsia	N Otorrea	N Reumatológicos	N
Alergias	N Labio y paladar hendido	N Ototoxicos	N Sordera familiar	N
Amigadallitis	N Mareos	N Patología infecciosa	N Tabaquismo	N
Amigdalectomía	N Meningitis	N Patología viral	N Vertigos	N
Cirugías de oído	N Otolgia	N Trauma craneo encefálico	N Otros	N

Observaciones: Hipertensión arterial: cadensartan 16 mg una vez al día metropolol 50 1 en la mañana y una en la noche

3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Audifonos, Conducción de vehículos, Servicio militar,

4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

No refiere antecedentes de importancia de exposición ocupacional a ruido

5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

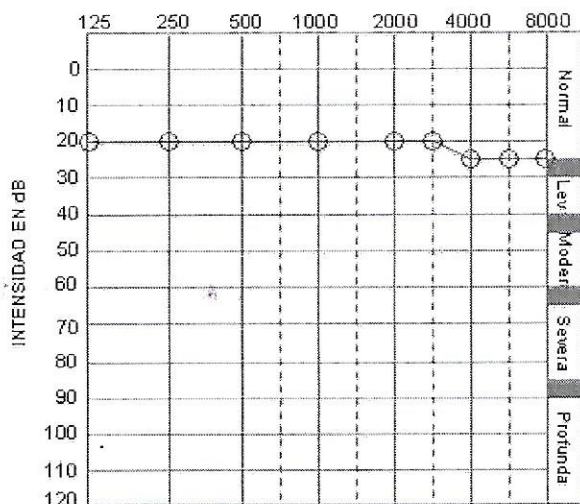
Pabellón N Conductos N Tímpanos N Lóbulos N

Ampliación de hallazgos: El examen de los oídos es normal y no se evidencian patologías.

6. AUDIOMETRIA TONAL

OIDO DERECHO

FRECUENCIA EN Hz



PROMEDIO (Frec. 500-1000-2000)

Oído derecho: 20

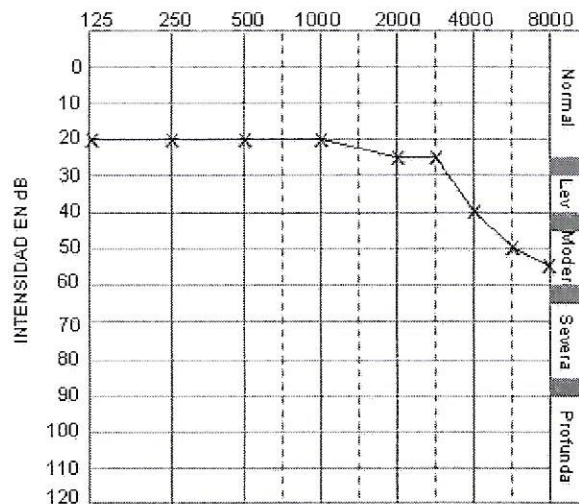
Oído izquierdo: 22

CLASIFICACION S.A.L.: B

PRESBIACUSIA: 20 dB

OIDO IZQUIERDO

FRECUENCIA EN Hz



CLASIFICACION ELI

A

C

Casi normal

INTERPRETACION

Normal excelente

Normal límite

7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

Audición normal bilateral. con descenso de leve a moderado en frecuencias de 4000 hzt en adelante en oído izquierdo.

8. RECOMENDACIONES
CONTROL SEGUN PVE. SE RECOMIENDA AUDIOMETRIA CLINICA



Melissa Beatriz De Avila Herrera
Fonoaudiologa
Universidad Metropolitana
TP No. 13031351



NATAN JOSE NADER BARBOSA
Documento: 72163462



Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por:
Fecha: 2020-08-28 Hora: 17:31



NIT: 802003411-7

RESULTADOS

FECHA: 2020-08-28 HORA: 08:37:38

72163462

HDL COLESTEROL**COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:**

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

NOMBRE: NATAN JOSE NADER BARBOSA
DIRECCIÓN: CRa 64B N 86-175 AP 401 ED TAITI Barranquilla
EMPRESA: Particular

DOCUMENTO: 72163462
TELÉFONO: 3046045353

EDAD: 50.5 Años
GENERO: M

**ANALISIS****HDL COLESTEROL***Valores de Referencia**Mujeres:*

Sin Riesgo: Mayor de 65
Riesgo Moderado: 45 - 65
Riesgo Alto: Menor de 45

Hombres:

Sin Riesgo: Mayor de 55
Riesgo Moderado: 35 - 55
Riesgo Alto: Menor de 35

RESULTADO

35.9 mg/dL

V.REFERENCIA

-

Responsable: Guadalupe Blanco Donado
Bacteriologa
Universidad Metropolitana
Res. No. 14886/02-11-1990

NATAN JOSE NADER BARBOSA



Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co



NIT: 802003411-7

RESULTADOS

FECHA: 2020-08-28 HORA: 08:37:38

72163462**LDL COLESTEROL****COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:**

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

NOMBRE: NATAN JOSE NADER BARBOSA
DIRECCIÓN: CRa 64B N 86-175 AP 401 ED TAITI Barranquilla
EMPRESA: Particular

DOCUMENTO: 72163462
TELÉFONO: 3046045353

EDAD: 50.5 Años
GENERO: M

**ANALISIS****LDL COLESTEROL***Valores de Referencia:**Optimo: Menor de 100 mg/dl**Casi Optimo, Leve Elevado : 100 - 129 mg/dl**Límite entre Normal y Alto: 130 - 159 mg/dl**Alto : 160 - 189 mg/dl**Muy Alto: Mayor o igual de 190 mg/dl***RESULTADO**

185.4 mg/dL

V.REFERENCIA

60.0 - 160.0

Responsable: Guadalupe Blanco Donado
Bacteriologa
Universidad Metropolitana
Res. No. 14886/02-11-1990

NATAN JOSE NADER BARBOSA



Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co



NIT: 802003411-7

RESULTADOS

FECHA: 2020-08-28 HORA: 08:37:38

72163462

TRIGLICERIDOS

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

NOMBRE: NATAN JOSE NADER BARBOSA
DIRECCIÓN: CRa 64B N 86-175 AP 401 ED TAITI Barranquilla
EMPRESA: Particular

DOCUMENTO: 72163462
TELÉFONO: 3046045353

EDAD: 50,5 Años
GENERO: M



ANALISIS
TRIGLICERIDOS

RESULTADO
201.0 mg/dL

V.REFERENCIA
0.0 - 200.0

Responsable: Guadalupe Blanco Donado
Bacteriologa
Universidad Metropolitana
Res. No. 14886/02-11-1990

NATAN JOSE NADER BARBOSA



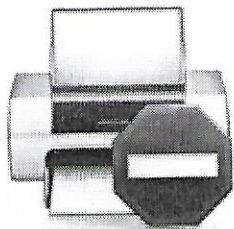
Escanee el código si
desea verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co



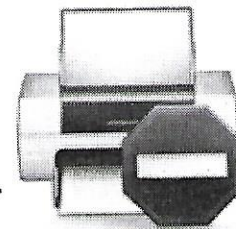
CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2020-08-28



ATENCION !!! -NO IMPRIMIR TODAVIA-

El documento aqui presentado no se encuentra listo para su impresion pues todavia su concepto se encuentra como pendiente por parte del médico responsable de la evaluación.



1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria: Particular
Nombre: NATAN JOSE NADER BARBOSA
Fecha de nacimiento: 1970-02-10
Edad: 50 años
Estado civil: Casado
Dirección actual: CRa 64B N 86-175 AP 401 ED TAITI
Teléfono: 3046045353
Ocupación: INSTRUCTOR
Responsable**: CELIA DIAZGRANADOS (ESPOSA)
Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

Actividad económica:
Documento:
Lugar de nacimiento:
Género:
No. hijos vivos:
Municipio:
Escolaridad:
EPS:
Teléfono:

Servicios
CC 72163462
Barranquilla (Atlantico)
Masculino
1
BARRANQUILLA
Estudios_posgrado
Sura
3013689948



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Optometría: Su capacidad visual actual es insuficiente.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a NATAN JOSE NADER BARBOSA con documento de identificación No. 72163462 se considera PENDIENTE POR RESULTADO DE LABORATORIO para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Realizar formula optometrica ordenada, requiere uso no permanente de correccion optica
2. Control optometrico anual
3. Continuar tratamiento farmacologico actual por patologia de base, control periodico con medico tratante
4. Evitar preventivamente ambientes ruidosos, intra y extra laboral
5. Control de laboratorio alterado con medico familiar

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL PENDIENTE POR RESULTADO DE LABORATORIO

OBSERVACIONES FINALES

Exámenes de laboratorio clínico y pruebas complementarias para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

- Colesterol HDL: dentro de valores límites normales.
- Colesterol LDL: dentro de valores límites normales.
- Triglicéridos: fuera de valores límites normales.
- Electrocardiograma: dentro de valores límites normales.
- EMO de Ingreso Osteomuscular: sin alteraciones.

Según lineamientos del Ministerio de Salud por condición de base que le pone en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, se recomienda que el trabajador realice sus actividades laborales de manera remota o a distancia, o en caso de que las actividades que desempeñe, por su naturaleza, no puedan desarrollarse de manera remota, debe ser priorizado en los turnos o en cualquier otra forma de organización del trabajo, para que tenga un menor riesgo de contacto con otras personas

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que

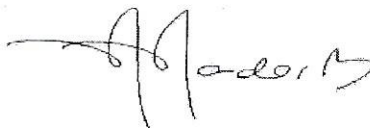
se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.



Monica Patricia Urrea Pacheco
Medico Especialista en SST
Universidad del Norte
RM: 1805 -2002
Licencia S.O: 2491/2018



NATAN JOSE NADER BARBOSA
Documento: 72163462



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por:

Fecha: 2020-08-28 Hora: 17:30

INFORME VALORACIÓN MENTAL Y SOCIAL

Nombre del Paciente: **NATAN JOSÉ NADER BARBOSA**

Identificación: **C.C.# 72.163.462**

Profesión u Oficio: **Administrador de Empresas, especialista en Finanzas y Negocios Internacionales.**

Áreas cognitivas evaluadas:

1. **Orientación**, el entrevistado se ubica correctamente y reconoce el espacio circundante (ubicación espacial) y se sitúa en el tiempo en todo momento (ubicación temporal).
2. **Fijación**, el entrevistado repite claramente puntos y palabras en el primer intento y a su tiempo.
3. **Concentración y Cálculo**, el entrevistado fija el pensamiento en el caso, situación o problema que se le presenta y realiza las operaciones que se requieren para dar los resultados acertadamente.
4. **Memoria**, el entrevistado posee una adecuada capacidad de recordación sin requerir ningún tipo de ayuda.
5. **Lenguaje y Construcción**, el entrevistado posee notoria capacidad para expresar sus pensamientos y sentimientos por medio de la palabra y realiza lecturas articuladas correctamente.

Conclusión:

Basada en los resultados que arroja la evaluación de las áreas cognitivas expresadas en este documento, establezco que el señor Natan José Nader Barbosa se encuentra apto mental y socialmente para el desarrollo de las actividades laborales basado en su perfil profesional.

Para constancia se firma en la ciudad de Barranquilla a los dieciséis (28) días de mes de agosto de 2020.



BETSY CAMPO RUIZ

C.C.# 32.746.243

Psicóloga Clínica

Universidad del Norte

T.P.# 1203

Móvil: 310 6309037

betsycampo@hotmail.com



Hace constar:

Que el Sr(a) NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 realizó el día 26/01/2023 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 realizó el día 28/01/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 realizó el día 28/01/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 realizó el día 28/01/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATAN JOSE NADER BARBOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72163462 el día 26/01/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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



El servicio público
es de todos

Función
Pública

Función Pública hace constar que:

Natan José Nader Barbosa

C.C 72.163.462

Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 07 de agosto 2021

Adriana Vargas Tamayo

Código: 761112256000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

**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 NATAN JOSE NADER BARBOSA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72163462, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/01/2023 y fecha fin de contrato 30/06/2023 con riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301011486161.

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de Enero de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

Certificado Bancario

Martes, 10 de enero de 2023

Señor(a)
Sena Regional Atlantico

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NATAN JOSE NADER BARBOSA identificado(a) con CC 72163462, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77376851471	2017/05/18	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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.



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 **NATAN JOSE NADER BARBOSA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **72163462** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 72163462
NOMBRES Y APELLIDOS	NATAN JOSE NADER BARBOSA
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	01/01/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	239
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 11/01/2023

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NATAN JOSE NADER BARBOSA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72163462**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de enero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BARRANQUILLA			SUCURSAL: BARRANQUILLA			COD. SUC: 85		NO. PÓLIZA: 85-46-101033398		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 19 MES: 01 AÑO: 2023			VIGENCIA DESDE: DÍA: 23 MES: 01 AÑO: 2023			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 30 MES: 10 AÑO: 2023		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: NADER BARBOSA NATAN JOSE			CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO			IDENTIFICACIÓN: C.C. :72,163,462	
DIRECCIÓN: KR 64 B NRO. 86 - 175						TELÉFONO: 3046045353	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA REGIONAL ATLNTICO			CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO			IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN: CRA 43 42-20						TELÉFONO: 6053851285	
ADICIONAL:							

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.4430394 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS

AMPAROS

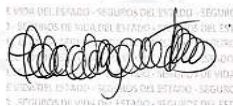
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		23/01/2023	30/10/2023	\$ 2,001,333.30
ACLIARACIONES:				

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	\$ 2,001,333.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA



85-46-101033398

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

32699895

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101033398, 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 BARRANQUILLA, a los 19 días del mes de Enero de 2023


FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010333980

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	NADER BARBOSA NATAN JOSE		C.C. :72,163,462	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033398			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033398 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

85461010333980

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	NADER BARBOSA NATAN JOSE		C.C. :72,163,462	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033398			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033398 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101033398**

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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUIERE.

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 TÍTULO 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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.

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 CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, 12 de febrero de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1.044.214.833	NATAN DAVID NADER DIAZGRANADOS	HIJO
-------------	----------------------	---------------------------------------	-------------

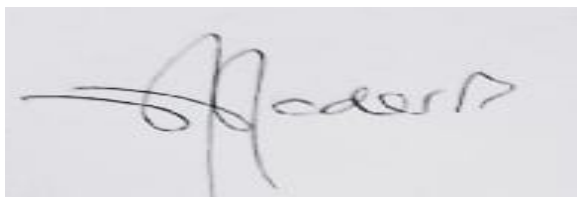
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: NATAN JOSÉ NADER BARBOSA

C.C. 72.163.462