SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - EMPRENDE RURAL**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **75011-444434** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO
**Correo electrónico contratista:** calvarador@sena.edu.co
**C.C.** 14.893.993 **IP/Nº de contacto** 23609

**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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84856079829

**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

**Nº del contrato:** 4519457/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6423**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.968.300 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 40.968.300 | **1** | **Del** | **01/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.871.470 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4519457 PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.096.830 | | 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** | **$ 4.096.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.402.135** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Dec 1273 2018** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 409.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 800.712 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.402.135,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.629.730,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 7.259,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 20.484,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.069.087,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeacion y alistamiento
Concertacion de acciones de formacion
matriculas de fichas solicitadas 2704330

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

**CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ**
**INSTRUCTOR G20**

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

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

CERTIFICA QUE:

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

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

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes de enero del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730065733

(415)7707212489984(8020) 000001473006573 3

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 4 8 9 3 9 9 3 | 1 9 8 9 0 5 3 0 |

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

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

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico: calirengifo@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REDCONOCER

**REDCONOCER LTDA**
*Nit. 900678090 - 8*
*Dirección: CRR 18 # 4 - 37*
*Tel: 2391669*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/10/2022 09:38:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO**

Cargo **ADMINISTRADOR AGROPECUARIO** Doc. Identidad **CC 14893993**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 MEDICO OMS NORMAL | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

### CONCEPTO

NO presenta restricciones

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

-CONTINUAR TRATAMIENTO CON MEDICO TRATANTE DE SU ENTIDAD DE SALUD

### RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros (X)

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO ( ) | EPS | SI ( ) | NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dr. Alexander Maldonado Herrera
Médico Laboral
USCPCAA RM 708483 LIC 1865

ALEXADER MALDONADO HERRERA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 94474100 RM: 1865

Trabajador: CARLOS ARTURO ALVARADO
CC: 14893993
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

REDCONOCER

# REDCONOCER LTDA

Nit. 900678090 - 8
Dirección: CRR 18 # 4 - 37
Tel: 2391669

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/01/2023 10:47:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO**

Cargo **ADMINISTRADOR AGROPECUARIO** Doc. Identidad **CC 14893993**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ANORMAL | 2 ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL | 3 ENFASIS CARDIOVASCULAR CON RIESGO MODERADO |
| 4 PRUEBA PSICOLOGICA NORMAL | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

## CONCEPTO

NO presenta restricciones

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS,USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A FACTORES DE RIESGO EXPUESTO,CONTINUAR CONTROLES Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CRONICA POR SU EPS.

## RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

## PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO ( ) | EPS | SI ( ) | NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Faby Juliana Arcos
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Regl. 1561 / 2013

FABY JULIANA ARCOS MONTOYA
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 31643905 RM: 1561/2013

Trabajador: CARLOS ARTURO ALVARADO
CC: 14893993
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

CLINICA OFTALMOLOGICA DE PALMIRA SAS
PALMIRA CONSULTA EXTERNA: Calle 32 # 32-63 Centro
PALMIRA CIRUGIA: Calle 31 # 21-39 Trinidad
TULUA: Carrera 34 # 24-55 Alvernia
BUGA: Calle 7 # 16-41 Jose Maria Cabal
PBX (602) 6410606
Nit.:900206194-0

# HISTORIA OFTALMOLOGIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO | **Documento:** | **CC 14893993** |
| **Fecha de atención:** | 22/12/2022 11:36:01 AM | **Fecha salida de atención:** | 22/12/2022 11:43:13 AM |
| **Edad:** | 52 A, 3 M, 9 D | **Sexo:** | Masculino |
| **Fecha de Nacimiento:** | 13/09/1970 | **Estado civil:** | Casado; |
| **Lugar de Residencia:** | VALLE | **Ocupación:** | INSTRUCTOR |
| **Dirección:** | CL 7ASUR NO 16 68 B SANTA RITA | **Teléfonos:** | 3175524334 |
| **Entidad:** | NUEVA EPS | **Contrato:** | NUEVA EPS CONTIBUTIVO |
| **Régimen:** | CONTRIBUTIVO | **Tipo de Usuario:** | COTIZANTE |

## DATOS DEL ACOMPAÑANTE

| | |
|---|---|
| **Documento:** | 38872864 |
| **Nombre:** | MARIA VICTORIA TROCHEZ |
| **Teléfono:** | 3188277748 |
| **Parentesco:** | CONYUGE |

## DATOS DEL RESPONSABLE

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | MARIA VICTORIA TROCHEZ |
| **Teléfono:** | 3188277748 |
| **Parentesco:** | CONYUGE |

## MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

| | |
|---|---|
| **Motivo consulta:** | VALORACION OCULAR PRIMERA VEZ |
| **Enfermedad Actual:** | PACIENTE REMITIDO POR PYP POR DIABETES, REFIERE DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUA |

## AGUDEZA VISUAL LEJOS

| | Ojo derecho | Ojo izquierdo |
|---|---|---|
| **(AVSCC) Con Estenopeico** | **20/25** | **20/25** |

## AGUDEZA VISUAL CERCA

| | Ojo derecho | Ojo izquierdo |
|---|---|---|
| **(AVSC) SIN correción** | **NO TITULO** | **NO TITULO** |
| **(AVCCL) Con Lente de conctacto** | | |
| | **Examen tomado con NUMEROS** | |

**PARPADOS:**
OJO DERECHO PARPADOS NORMOCONFIGURADOS CON INSERCION ADECUADA DE LAS PESTAÑAS
OJO IZQUIERDO PARPADOS NORMOCONFIGURADOS CON INSERCION ADECUADA DE LAS PESTAÑAS

**CONJUNTIVA:**
OJO DERECHO NORMOCONFIGURADA
OJO IZQUIERDO NORMOCONFIGURADA

**CORNEA:**
OJO DERECHO CORNEA TRANSPARENTE
OJO IZQUIERDO CORNEA TRANSPARENTE

**CAMARA ANTERIOR:**
OJO DERECHO FORMADA AMPLIA
OJO IZQUIERDO FORMADA AMPLIA

**PUPILAS:**
OJO DERECHO NORMO REACTIVAS, CENTRADAS, ISOCORICAS
OJO IZQUIERDO NORMO REACTIVAS, CENTRADAS, ISOCORICAS

**IRIS:**
OJO DERECHO SIN ALTERACIONES
OJO IZQUIERDO SIN ALTERACIONES

**CRISTALINO:**
OJO DERECHO TRANSPARENTE
OJO IZQUIERDO TRANSPARENTE

**VITREO:**
OJO DERECHO TRASPARENTE
OJO IZQUIERDO TRANSPARENTE

CLINICA OFTALMOLOGICA DE PALMIRA SAS
PALMIRA CONSULTA EXTERNA: Calle 32 # 32-63 Centro
PALMIRA CIRUGIA: Calle 31 # 21-39 Trinidad
TULUA: Carrera 34 # 24-55 Alvernia
BUGA: Calle 7 # 16-41 Jose Maria Cabal
PBX (602) 6410606
Nit.:900206194-0
HISTORIA OFTALMOLOGIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO | **Documento:** | **CC 14893993** |
| **Fecha de atención:** | 22/12/2022 11:36:01 AM | **Fecha salida de atención:** | 22/12/2022 11:43:13 AM |

**RETINA:** OJO DERECHO APLICADA EN 360 GRADOS, CON VASOS NORMALES, MACULA CON BUEN BRILLO FOVEAL
OJO IZQUIERDO APLICADA EN 360 GRADOS, CON VASOS NORMALES, MACULA CON BUEN BRILLO FOVEAL

**NERVIO OPTICO:** OJO DERECHO EXCAVACION 0.3, ISNT CONSERVADO
OJO IZQUIERDO EXCAVACION 0.3, ISNT CONSERVADO

**(PIO) PRESIÓN INTRAOCULAR:**
**Ojo Derecho:** 12 mmHg Tonómetro de Goldman
**Ojo Izquierdo:** 12 mmHg Tonómetro de Goldman
**Hora::**

## ORDENES DE SERVICIO

**Orden No::** 182768
**Fecha orden:** Jueves 22 de Diciembre de 2022
**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL
**Tipo de Servicio:** CONSULTAS
**Diagnóstico:** H527 TRASTORNO DE LA REFRACCION; NO ESPECIFICADO
**Especialidad:**
**Cant: 1 890207:** CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
**-Prioridad:** VER DISPONIBILIDAD
**-Justificación Pri.:**

**CONDUCTA:** DE ALTA POR OFTALMOLOGIA GENERAL
VALORACION POR OPTOMETRIA

DIGITO
AUX ENFERMERIA
PAOLA MINGAN

## DIAGNOSTICOS

**Principal:** **H527** TRASTORNO DE LA REFRACCION; NO ESPECIFICADO
**Finalidad de la consulta:** NO APLICA
**Causa externa:** ENFERMEDAD GENERAL

**USO DE LENTES:** USO OCASIONAL
**CLASE DE LENTES:** PROGRESIVOS
**CLASE DE FILTRO:** PROGRESIVOS
**(PIO) PRESIÓN INTRAOCULAR:**
**Ojo Derecho:** 12 mmHg Tonómetro de Goldman
**Ojo Izquierdo:** 12 mmHg Tonómetro de Goldman
**Hora::**

## ANTECEDENTES

### PERSONALES

**5 DIABETES** CONTROLADO

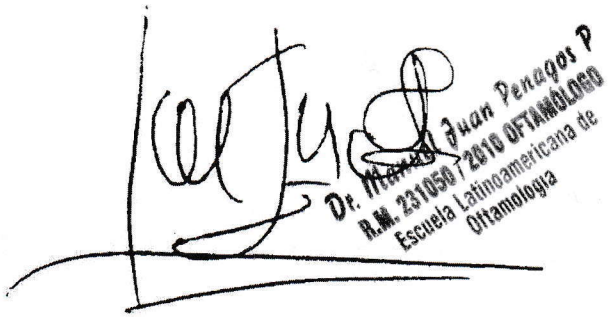
**8 ALERGICOS** PENICIINA DICLOFENACO

*22/12/2022 11:36:33 AM M.PENA*

*22/12/2022 11:36:33 AM M.PENA*

CLINICA OFTALMOLOGICA DE PALMIRA SAS
PALMIRA CONSULTA EXTERNA: Calle 32 # 32-63 Centro
PALMIRA CIRUGIA: Calle 31 # 21-39 Trinidad
TULUA: Carrera 34 # 24-55 Alvernia
BUGA: Calle 7 # 16-41 Jose Maria Cabal
PBX (602) 6410606
Nit.:900206194-0
HISTORIA OFTALMOLOGIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO | **Documento:** | **CC 14893993** |
| **Fecha de atención:** | 22/12/2022 11:36:01 AM | **Fecha salida de atención:** | 22/12/2022 11:43:13 AM |




QR de Validación

**Profesional:** PENAGOS PAYARES MANUEL IVÁN
**CC:** 92641856
**Registro profesional:** 92641856

# LABORATORIO CLINICO INTEGRADO

## Dra. MIRELLA MILLAN RODRIGUEZ

Bacterióloga - Laboratorista Clínica
Universidad Católica de Manizales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | **CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO** | Identificación: | 14893993 |
| Empresa: | Previser | M. Remitente: | |
| Fecha: | 2023-01-24 07:24 | N° Atención: | 230124072406060 |

## RESULTADO DE EXAMENES

### GLICEMIA

| CONCEPTO | RESULTADO | UNIDAD | NORMAL DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA | 111.2x Duplicado | mg/dL | 60 - 110 |

### PERFIL LIPÍDICO

| CONCEPTO | RESULTADO | UNIDAD | NORMAL DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Triglicéridos | 194.7 | mg/dL | <150 |
| Colesterol Total | 206.6 | mg/dL | Normal: Menos de 200<br>Moderado: 200-239<br>Alto: mayor o igual a 240 |
| Colesterol Hdl | 54.0 | mg/dL | HOMBRES: Favorable >55<br>Nivel de Riesgo: 35-55<br>Riesgo Alto: <35<br>MUJERES: Favorable >65<br>Nivel de Riesgo: 45-65<br>Riesgo Alto: <45 |
| Colesterol Vldl | 38.94 | mg/dL | 3.0 - 25.0 |
| Colesterol Ldl | 113.66 | mg/dL | 0.0 - 130.0 |
| Indice Arterial | 3.82 | mg/dL | HOMBRES: Normal 3.4-4.0<br>Riesgo Alto: 7.0-10.0<br>MUJERES: Normal 2.3-3.4<br>Riesgo Alto: 5.7-7.0 |
| Relación Colesterol/Trigliceridо | 1.06 | | |
| Relación Ldl/Hdl | 2.10 | | |
| Aspecto del Suero | Claro | | |

La interpretación de este examen corresponde exclusivamente al médico

Laboratorio Clínico Integrado
Mirella Millán Rodríguez
Bacterióloga - Registro 16457

# LABORATORIO CLINICO INTEGRADO


## Dra. MIRELLA MILLAN RODRIGUEZ

Bacterióloga - Laboratorista Clínica

Universidad Católica de Manizales


| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO | Identificación: | 14893993 |
| Empresa: | Previser | M. Remitente: | |
| Fecha: | 2023-01-24 07:24 | N° Atención: | 230124072406060 |

## RESULTADO DE EXAMENES

### HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

| CONCEPTO | RESULTADO | UNIDAD | NORMAL DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Recuento de Leucocitos | 9.295 | 10^3/ul | 5 - 10 |
| Linfocitos | 2.58 | 10^3/ul | 1.3 - 4.0 |
| Mixtas | 0.36 | 10^3/ul | 0.15 - 0.7 |
| Granulocitos | 6.35 | 10^3/ul | 2.5 - 7.5 |
| Linfocitos % | 27.8 | % | 25 - 40 |
| Mixtas % | 3.9 | % | 3 - 7 |
| Granulocitos % | 68.3 | % | 50 - 75 |
| Recuento de G. Rojos | 5.329 | 10^6/ul | 4 - 5.5 |
| Hemoglobina | 16.0 | g/dl | 12 - 17.4 |
| Hematocrito | 48.0 | % | 36 - 52 |
| V. Medio Corpuscular | 89 | fl | 76 - 96 |
| Hgb Corpuscular Media | 30.1 | pg | 27 - 32 |
| Conc. Media de Hgb Corp. | 33.8 | g/dl | 30 - 35 |
| I. de Dist. Eritrocitaria | 15.3 | % | |
| Recuento de Plaquetas | 373 | 10^3/ul | 150 - 450 |
| Plaquetocrito | 0.38 | % | |
| V. Plaquetario Medio | 10.3 | fl | 8 - 15 |
| V. Ancho de Distribucion | 40.0 | % | |
| Diferencial Manual | | | |
| Neutrofilos | 69 | % | 45 - 65 |
| Linfocitos | 29 | % | 30 - 40 |
| Eosinofilos | 2 | % | 1 - 5 |

La interpretación de este examen corresponde exclusivamente al médico

Laboratorio Clínico Integrado
Mirella Millán Rodriguez
Bacterióloga - Registro 16457

## Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893993 realizó el día 22/02/2023 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14893993 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO** con **CC** No. **14893993**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 01/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** PROFESORES DE EDUCACION SECUNDARIA<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012531881.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

# Certificado
# Bancario

Viernes, 10 de febrero de 2023

Señor(a)
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

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

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

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| CALI | CALI | 45 | 45-46-101017667 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 31 | 01 | 2023 | 01 | 02 | 2023 | 00:00 | 30 | 03 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| ALVARADO RENGIFO CARLOS ARTURO | | | C.C. :14,893,993 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CR 9 12 141 | CARTAGO - VALLE | | 3175524334 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL VALLE CENTRO DE TECNOLOGAS AGROINDUSTRIALES CTA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | | TELÉFONO: |
| CR 9 12 141 | CARTAGO - VALLE | | 2119999 |
| ADICIONAL: | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4519457 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO O DE EMPRENDIMIENTO, COMO APOYO A LA EMPLEABILIDAD RURAL EN LA ASISTENCIA TÉCNICA Y/O EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS, CON BASE EN LA RED DE CONOCIMIENTOS AGRÍCOLA Y/O EXTENSIÓN RURAL EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER Y FORMACIÓN PARA EL TRABAJO DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES DEL SENA REGIONAL VALLE, DURANTE LA VIGENCIA 2023

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/02/2023 | 30/03/2024 | $ 4,096,830.00 |

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 | $ 4,096,830.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| JC ASESORES DE SEGUROS LTDA | 164219 | 100,00 | | | |

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI

45-46-101017667
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. 45-46-101017667, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 31 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO 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

**Pago de Pólizas Seguros del Estado S.A.**

## GENERAL

### Datos de la Transacción

| | |
|---|---|
| Descripción: | Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales |
| Razón Social: | Seguros del estado |
| Nit: | 8600095786 |
| No Factura: | 30000045325703 |
| Canal: | JC ASESORES DE SEGUROS LTDA |
| Tipo Identificación: | Cédula de ciudadanía |
| Nro. Identificación: | 14893993 |
| Banco: | BANCOLOMBIA |
| Valor: | $33,320.00 |
| Fecha: | 01/02/2023 |
| No transacción PSE: | 1893122239 |
| Estado Transacción: | Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773 |
| IP: | 190.108.79.153 |

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion

P@GUESTADO PORTAL DE PAGOS

irecaudo

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, febrero de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **T.I 1105929249** | **Alvarado Trochez Santiago** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

C.C. 14893993

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1105929249

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40359495

*4035949 5*

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | x | 10 | | | | T3Z |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE CALI

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ALVARADO | TROCHEZ |

Nombre(s): SANTIAGO

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

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

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

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: MARIA VICTORIA TROCHEZ MONDRAGON

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

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

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

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: CARLOS ARTURO ALVARADO RENGIFO

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

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

NOTARIA DECIMA

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2007 Mes MAY Día 28 | Nombre y firma |

*SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -


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


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

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

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

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