SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**30541-330545**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ	**C.C.**	79.759.982	**IP/Nº de contacto**	15765
Correo electrónico contratista:	jfperezr@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO | **Es declarante de renta?** SI | **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 | **Nº Cuenta** 20775952895

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: 4564103/2023 | **Nº Compromiso SIIF** 3223

Valor Total del Contrato	$ 40.170.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.170.000	**1**	**Del**	**09/02/2023**	**Al** 28/02/2023	**$ 2.945.800,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.224.200		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ³NOMA E INDEPENDIENTE PAR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.945.800	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	**$ 2.945.800**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.736.490**	**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.178.320	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 147.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 188.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 736.450	$ -	
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	$ 294.580	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 578.830	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.736.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.609.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	25.212,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.920.588,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en las fichas: 2364544, 2482384 y 2697466 TGPPM.
Impartir formación profesional integral en las fichas: ACEMAR TÉCNICO EN CARPINTERÍA.
Impartir formación profesional integral en las fichas: 2561609 LIVIANAS.
Impartir formación profesional integral en las fichas: 2540814 AUXILIAR TRABAJADOR DE LA MADERA.
Impartir formación profesional integral en las fichas: COMPLEMENTARIAS - EMPRENDIMIENTO DIGITAL.

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.

JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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

FABIO HUMBERTO MOLANO OLMOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79759982
NOMBRES Y APELLIDOS	Perez Rodriguez,John Fredy
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	16/07/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Perez Rodriguez,John Fredy, a los 25 días del mes de febrero del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY** identificado(a) con **CC** número **79.759.982** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de febrero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202302231341

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888698688

(415)7707212489984(8020) 000001488869868 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 7 5 9 9 8 2	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	79759982	1 9 9 6 0 4 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	RODRIGUEZ	JOHN	FREDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

41. Dirección principal: CL 6 SUR 24 180 TO 1 AP 503

42. Correo electrónico: fredyhtml5@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 0 6 0 7 9 6	3 2 1 3 8 4 1 3 9 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 16 / 19 : 19: 22

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 PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ESTRATEGO IPS S.A.S.
Prestador: 254300267702
NIT 900981496-2
Dirección: Cll 3 N 4 - 97
Telefono: 8421947-8252820
Email: estrategoips@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MADRID - 2023/01/17	Nro Ingreso:	202301160202158
Paciente:	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ	Sede:	MADRID
CC:	79759982	Convenio:	PARTICULAR
Edad:	44 años	Cargo:	INSTRUCTOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2023-01-16 09:40:54
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2023-01-16 13:08:00
Origen:	SENA	Destino:	SENA



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA			
OPTOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	EL PACIENTE NO REFIERE NINGUNA PRE-EXISTENCIA DE ENFERMEDADES DE BASE O CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO AGRAVANTE PARA EL COVID-19,SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD. SE PRACTICÓ ENCUESTA Y TOMA DE TEMPERATURA PERTENECIENTES AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE COVID-19, A LO CUAL NO REFIERE NINGÚN SÍNTOMA ASOCIADO AL MISMO, NO OBSTANTE ES NECESARIO ACLARAR QUE PUEDE SER UN PACIENTE ASINTOMÁTICO ANTE EL VIRUS.

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

HABITOS DE VIDA SALUDABLES, IMC,-25.06, SEGUIMIENTO EN CONTROL POR HEMATOLOGÍA CADA 6 MESES, VALORACION POR OFTALMOLOGIA.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de ESTRATEGO IPS S.A.S..

MARGARITA CANTILLO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RES. 0933 de 20/02/2013

Profesional Ocupacional: MARGARITA CANTILLO 0

Registro M.D: 22540606

Licencia S.O: RES. 0933 DE 20/02/2013

Firma del Paciente: JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ

Identificacion: CC. - 79759982

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

ESTRATEGO IPS S.A.S.

Código del Prestador: 2526902677 **NIT:** 900981496-2
Dirección: Cll 3 N 4 - 97
Teléfono: 8421947-8252820
Web: www.estratego.com
Email: estrategoips@gmail.com

Descripcion del Informe

Fecha de Impresión: **2023/01/17 07:30:03**
Impreso por: **IVONNE DAYANNA CHACON VARON 0**

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 79759982**	Nro Historia:	**79759982**
Paciente:	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	Nro Ingreso:	**202301160202158**
Fecha Nac:	**1978/01/17**	Fecha Ingreso:	**2023-01-16 09:40:54.000**
Dirección:	**LA PROSPERIDAD CALLE 6 SUR 24-180 TORRE 1 APT 503**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**44 años**	Enfasis:	**Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	si	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	no	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos	no	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	Mayor a 2 años	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos NO REFIERE

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	PIEL LISA, SIN LACERACIONES
Membrana Timpanica	Normal	MEMBRANA TRANSLÚCIDA

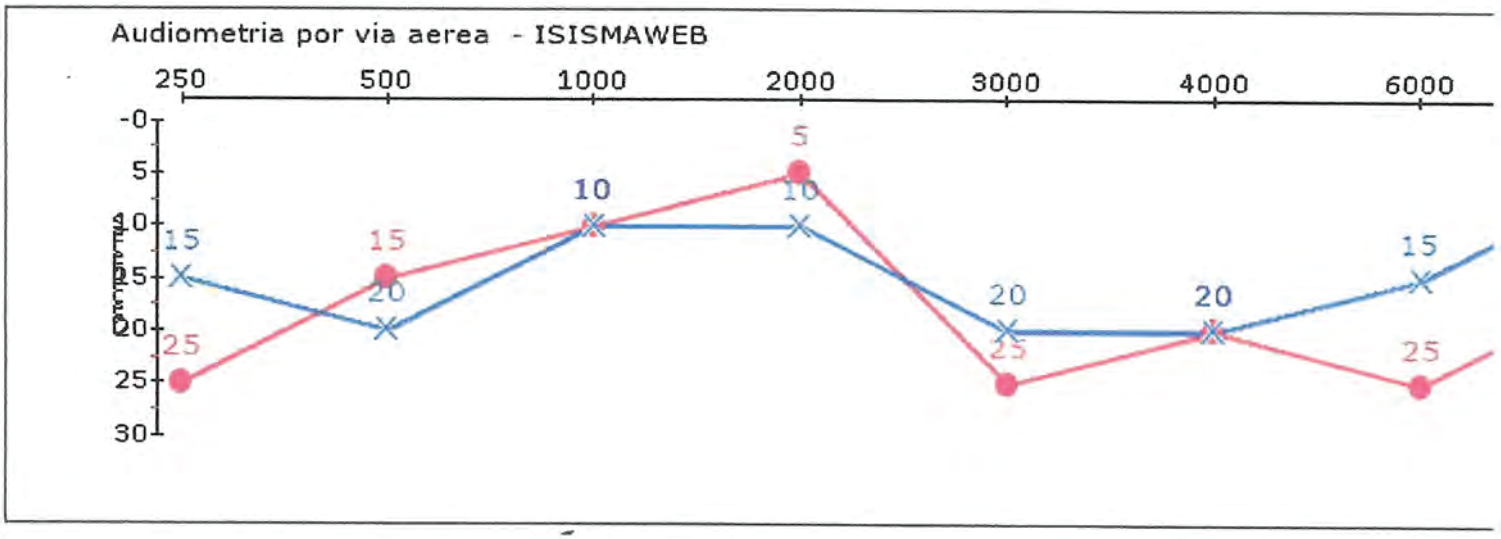
Otro SIN HALLAZGOS

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLA
Conductos Auditivos	Normal	PIEL LISA,
Membrana Timpanica	Normal	MEMBRAN

Otro SIN HALLAZGOS

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (512
OI 15
OD 13.75

Audiom
1900-0

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
25	15	10	5	25	20	25	15	**Derecho**
15	20	10	10	20	20	15	5	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio S
No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

Remision ORL | Pruebas Complementarias | Reposo auditivo Extralaboral

Rotar Diadema Telefonica	Remision a Medicina Laboral	Limpieza OD
Control segun PVE	Uso de EPP Auditivo	Limpieza OI
Auditiva segun PVE	Elemento de proteccion	Lavado de Oido
Pausa Auditiva	Conducir con ventanas cerradas	

Audiometria - Controles

Mensual	Bimensual
Trimestral	Semestral
Anual	Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SO AUDICION NORMAL OÍDO DERECHO AUDICIÓN NORMAL OÍDO IZQUIERDO

Diagnostico Rel 1
Diagnostico Rel 2
Diagnostico Rel 3
Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL Control Anual Uso de EPA
Diagnostico O.D AUDICION NORMAL OÍDO DERECHO Control Anual Uso de EPA
Diagnostico O.I AUDICION NORMAL OÍDO IZQUIERDO Control Anual Uso de EPA

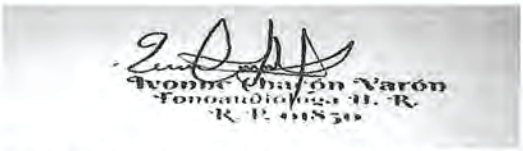
Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometria Normal

* Descripcion del Resultado general
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL PARA LAS FRECUENCIAS DE 250 HZ A 8000 HZ.

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la natura exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las resp verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entid vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valorac que lo requiera.





Nombre Profesional: IVONNE DAYANNA CHACON VARON 0
Registro Profesional:

Nombre del Paciente: **JOHN FREDY PEREZ RO**
Identificacion del Paciente: **CC - 79759982**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

ESTRATEGO IPS S.A.S.

Código del Prestador: 2526902677 **NIT:** 900981496-2
Dirección: Cll 3 N 4 - 97
Teléfono: 8421947-8252820
Web: www.estratego.com
Email: estrategoips@gmail.com

Descripcion del Informe

Fecha de Impresión: **2023/01/17 07:28:34**
Impreso por: **YEIMMY CAROLINA BELTRAN ALAYON 0**

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 79759982**	Nro Historia:	**79759982**
Paciente:	**PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**	Nro Ingreso:	**202301160202158**
Fecha Nac:	**1978/01/17**	Fecha Ingreso:	**2023-01-16 09:40:54.000**
Dirección:	**LA PROSPERIDAD CALLE 6 SUR 24-180 TORRE 1 APT 503**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**44 años**	Enfasis:	**Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Optometria - Anamnesis

PACIENTE MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PTI , REFIERE VER BIEN.

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva no NO REFIERE
Catarata no NO REFIERE
Pterigio: no NO REFIERE
Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual no - NO REFIERE

Permanente Lejos Cerca Descanso Ocasional

Ultimo Examen Mayor a 2 años

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	*Descripcion*
Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Rinitis:	No	NO REFIERE
Traumas Oculares::	No	NO REFIERE
Patologia Visual:	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

Iluminacion inadecuada
Usuario de computador
Radiaciones Ultravioleta
Cambios de temperatura
Mala ventilacion
Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

Fotofobia Ojo Rojo Mala Vision Cercana Cansancio
Lagrimeo Vision Borrosa Mala Vision Lejana Dolor
Ardor Vision Doble Cefalea Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	*Descripcion*
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Anormal	PTERIGION GRADO 1 A/O
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	**Rx en Uso**	**Observaciones**
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	20/20	-	NO REFIERE

Observaciones NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con
Ojo derecho	0.63M	-
Ojo izquierdo	0.63M	-
Ambos Ojos	0.63M	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	NO APLICA
Profundidad	40 Sec Arco	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia: NORMAL
* Cover Test - Lejos: ORTO
* Cover Test - Cerca: EXO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	ADD+ NO APLICA	AV NO REFIERE	DP NO REFIERE
O.I	ADD+ NO APLICA	AV NO REFIERE	DP NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
Observaciones al Diagnostico: EMETROPE A/O, PTERIGION GRADO 1 A/O .
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

Se continúa com misma RX	Se da Nuevo Control
Se da Remisión	No Requiere RX
Se da Tx Medicamentos	Requiere Nueva Rx
Topografía Corneal	Test de Farnsworth

Realizar prueba ambulatoria

Optometria - Recomendaciones

Debe usar correccion visual para trabajar	Uso EPP Visual	Uso de Rx para Vision Proxima	PyP
Uso de AR video Terminales	Pausas Activas	Uso de Rx de Descanso	Lubricante Ocular
Uso de Lentes de Proteccion Solar	Uso de Rx para Vision Lejana	Uso Permanente de Rx Optica	

Observaciones de las Recomendaciones: SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGO DE SU EPS, EDUCACION EN HIGIENE VISUAL, ADECUADA ILUMINACION DEL PUESTO DE TRABAJO, F ACTIVAS, USO DE LENTES DE PROTECCION SOLAR, USO DE EPP VISUAL SEGUN TIPO DE EXPOSICION, CONTROL ANUAL.

Optometria - Remisiones

Valoracion Oftalmologica	Valoracion Ortoptica	Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	Anual	Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometria No Interviene

* Descripcion de la observacion general

EMETROPE A/O PTERIGION GRADO 1 A/O SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGO DE SU EPS, EDUCACION EN HIGIENE VISUAL, ADECUADA ILUMINACION DEL P REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE LENTES DE PROTECCION SOLAR, USO DE EPP VISUAL SEGUN TIPO DE EXPOSICION, CONTROL ANUAL.

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la natura exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las res completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las per previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo o valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. José Gómez C.
OPTOMETRA U.METROPOLITANA
REG.1502 CTNPO



Nombre Profesional: JOSE GOMEZ

Registro Profesional: 72021170

Nombre del Paciente: **JOHN ' PEREZ RODRIGUEZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 79759982**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

idime

ACREDITADO ONAC

ISO 5189:2017
20-LCL-001

24-E24-1269066

Fecha ingreso : 16/01/2023 07:03:43 PM
Fecha de muestra: 16/01/2023 07:03:43 a. m.
Fecha impresion : 17/01/2023 01:23:58 AM

No. de Orden:	E24-1269066	No. Interno	: E24-1269066
Paciente	: PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY	Edad	: 44 a 11 m 29 d
Documento Id:	79759982	Fecha Nacimiento:	17/01/1978
Empresa	: JANETH FERNANDEZ LEAL-COLSER	Sexo	: MASCULINO
Sede	: BOG REFERENCIA	Teléfono	: 3216549877
E-Mail	: notienecorreo@	No. Autoriza	: 0

COLTRIG**HDL**LDL**VLDL**GLU**** Web

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

QUIMICA CLINICA

PERFIL LIPIDICO - Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

TRIGLICERIDOS 133 mg/dl 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Normal : Menor de 150 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl.
Alto : Entre 200 - 499 mg/dl
Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Tomado de NCEP ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

COLESTEROL TOTAL 195 mg/dL 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Optimo : Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl
Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl

Tomado de NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL 50 mg/dl 0 - 0

Intervalo Biológico de Referencia:

Bajo : Menor de 40 mg/dl
Alto : Mayor o igual 60 mg/dl

Tomado de : NCEP-ATP III 2001

Tecnica: COLORIMETRIA

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL 118.4 mg/dl 0 - 130

COLESTEROL VLDL 26.6 mg/dL 6 - 34

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 17/01/2023 01:22 AM

GLICEMIA BASAL Suero
Mensurando dentro del alcance de acreditación

GLICEMIA BASAL 77.6 mg/dL 74 - 106

Tecnica: HEXOQUINASA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 17/01/2023 01:22 AM

FIRMA

idime

ACREDITADO ONAC

ISO 15189:2012
20-LCI-001

24-E24-1269066

Fecha ingreso : 16/01/2023 07:03:43 PM
Fecha de muestra: 16/01/2023 07:03:43 a. m.
Fecha impresion : 17/01/2023 01:23:58 AM

No. de Orden	:E24-1269066	No. Interno	:E24-1269066
Paciente	:PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY	Edad	:44 a 11 m 29 d
Documento Id	:79759982	Fecha Nacimiento	:17/01/1978
Empresa	:JANETH FERNANDEZ LEAL-COLSER	Sexo	:MASCULINO
Sede	:BOG REFERENCIA	Teléfono	:3216549877
E-Mail	:notienecorreo@	No. Autoriza	:0

COLTRIG**HDL**LDL**VLDL**GLU**** **Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Fase pre analitica muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte



LABORATORIO CLÍNICO MARISOL PACHECO ÁVILA

NIT: 39772144-6

CONTACTOS
8250660 - 3108597672
comunicacioneslabmymsas@gmail.com
Calle 7 # 4 - 64 Centro
Madrid (Cundinamarca)

RESULTADO(S) LABORATORIO CLÍNICO

PACIENTE: JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 7975998	**FECHA NACIMIENTO:** 17/01/1978	**EDAD:** 45 año(s)
GÉNERO: Masculino	**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** Laboratorio Clinico COLSER		**TIPO PLAN:** Otro	**TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica

DESCRIPCIÓN	**FECHA:** 17/01/2023

HEMATOLOGIA

LABORATORIO CLÍNICO: ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] (902204)	**TÉCNICA:** MANUAL TIPO DE MUESTRA: SANGRE TOTAL

RESULTADO(S)		
PARÁMETRO	**VALOR**	**VALOR(ES) REFERENCIA**
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR	1 mm/ 1 hora	HOMBRES: 0 – 15;MUJERES: 0 - 20;NIÑOS: 0 - 10

LABORATORIO CLÍNICO: HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (902210)	**TÉCNICA:** AUTOMATIZADO TIPO DE MUESTRA: SANGRE TOTAL

RESULTADO(S)		
PARÁMETRO	**VALOR**	**VALOR(ES) REFERENCIA**
WBC	6.32 10^3/µl	HOMBRE 4---10; MUJER 4---10; NIÑO 4--10
LYM	1.90 10^3/µl	HOMBRE 1.3---4;MUJER 1.3---4;NIÑO 2.3---14.4
MID	0.26 10^3/µl	HOMBRE 0.15---0.9;MUJER 0.15---0.9;NIÑO 0---0.95
GRA	4.16 10^3/µl	HOMBRE 2.5 --- 7.5;MUJER 2.5---7.5;NIÑO 1---8.5
LY%	30.1 %	HOMBRE 25---50;MUJER 25---50; NIÑO46---76
MI%	4.1 %	HOMBRE 3---9;MUJER 3---9;NIÑO 0---5
GR%	65.8 %	HOMBRE 50---75;MUJER 50---75;NIÑO 20---45
RBC	4.42 10 ^6/ul	HOMBRE 4---5.5;MUJER 4---5;NIÑO 3.9---5.3
HGB	15.5 g/dl	HOMBRE 14---17.4;MUJER 12---16;NIÑO 9.5---14.1
HCT	45.72 %	HOMBRE 45---52 ;MUJER 36---48;NIÑO 30---40
MCV	90 fl	HOMBRE 82 ---96; MUJER 76---96; 70---84
MCH	30.1 pg	HOMBRE 27---32; MUJER 27---32;NIÑO23---29
MCHC	33.1 g/dl	HOMBRE 30---35; MUJER 30---35; NIÑO30---35
RDWc	16.3 %	HOMBRE 11---15; MUJER 11---15; NIÑO 11---15
PLT	238 10^3/µl	HOMBRE 150 --- 450;MUJER 150 --- 450; NIÑO 150 --- 450
PCT	0.22 %	HOMBRE 0.10---0.28; MUJER 0.10---0.28; NIÑO 0.10 --- 0.28
MPV	9.2 fl	HOMBRE 7---15; MUJER 7---15;NIÑO 7---15
PDWc	41.9 %	HOMBRE 30---42; MUJER 30---42;NIÑO 30---42

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

MARISOL PACHECO AVILA
Bacteriología y Laboratorio Clínico
Registro Profesional: 250557

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS DE LA SALUD LTDA

Acreditación ONAC No. 11-CEP-056

Número de Exámen : 18964



CRC VIDA VIAL
Nit : 9002312256
Dirección : Cra 15 N.12 - 35 - FUNZA
Teléfono :8264309
Res. Mintransporte :0782
Reg. Habilitación :252860209802

DATOS USUARIO

Nombre: JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ **N°Documento :** 79759982 **Edad :** 45

Dirección : CLL 6 SUR # 24 - 180 TORR 1 APTO 503 **Teléfono :** 3213841399 **Gs/Rh :** O+

Genero: M **Estado Civil:** CASADO(A) **Escolaridad:** PROFESIONAL **Ocupación:** OTROS

EPS : E.P.S. Sanitas S.A. **Correo :** KIKO.FREDY@GMAIL.C

DATOS EXAMEN

Empresa: SENA **NIT :**

Cargo a Desempeñar o Desempeña: INSTRUCTOR **Fecha Ingreso :** 17/01/2023

Jornada Laboral: COMPLETA **Area:** OPERATIVA **Tipo Examen:** VINCULACION LABORAL

Fecha y Hora de Examen : 2023/01/17 08:29

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Basado en la evaluación medica realizada por los especialistas del centro de reconocimiento de conductores, institución prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el Ministerio de Transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y la NTC ISO 17024 del 2012 y sus anexos.

CERTIFICA

Que el aspirante solicito ser evaluado de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Transporte en su resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos. Que segun lo establecido se le practiron los examenes de Capacidad Auditiva,Visual, Mental y de Coordinacion Motriz y Fisica Genral. y Que como resultado de las pruebas practicadas y del examen medico se concluyo que es

RESULTADO DE LA VALORACIÓN:

Firma del Evaluado



"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apego a la verdad."
Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación *diferentes del alcance para el cual se otorgó la* certificación.

Vigencia del Certificado : 365 Dias

OBSERVACIONES

Los resultados de las pruebas se encuentran dentro de los parámetros de aprobación,el candidato es APTO.

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

INFORME DE EVALUACION MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Número de Exámen: 18964

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

	Parametro	Rango Aprobació	Resultados
Atención Concentrada y Resistencia a la **Monotonia**	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	Max. 0,73 Seg	0,4
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	Max. 5 Errores	1
	Número de Errores	Max. 5 Errores	1
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	Max. 0,66 Seg	0,66
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	Max. 7 Errores	2
	Número de Errores	Max. 7 Errores	2
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error	Max. 3,89 Seg	0
	Porcentaje de error sobre el recorrido	Max. 14 Errores	0
	Número de Errores	Max. 14 Errores	0
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccción	Max. 0,87 Seg	0,63
Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel. 1)	Max. 0,46 Seg	0,09
	Tiempo Medio de Desviación (Vel. 2)	Max. 0,45 Seg	0,09

Observaciones : Responde adecuadamente a los estímulos presentados, mostrando un esfuerzo cognitivo aparente, sin *mostrar dificultad en sus funciones motrices, dentro de los parametros establecidos.*

Personalidad, Sustancias e Inteligencia

	Resultado		Resultado
T. Amnesicos y congnitivos	*Aprobado*	**Ezquizoide**	*Aplazado*
Control de Impulsos	Aprobado	**T. comportamiento perturbador**	Aprobado
T.Limitrofe de Personalidad	Aprobado	**Disociativa**	Aprobado
Personalidad por evitación	Aprobado	**Antisocial**	Aprobado
T.Relacionados con Sustancias	Aprobado	**Obsesivo Compulsivo**	Aprobado
Ezquizofrenia	Aprobado	**Transtornos del sueño**	Aprobado
Narcisista	Aplazado	**Histronico**	Aprobado
Ansiedad	Aplazado	**Adaptativo**	Aprobado
Paranoide	Aprobado	**T. mentales por enfermedad**	Aprobado
T. del estado de ánimo	Aprobado	**T. del desarrollo intelectual**	Aprobado
Dependiente	Aprobado	**Inteligencia Practica**	Aprobado

Coeficiente Intelectual >=70 **Resultado** 100

Observaciones : El candidato (a) niega el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA). No hay evidencia de alteración mental, ni trastorno psicológico aparente, no refiere seguimientos con psicología, psiquiatría o neurolopsicologia. Se encuentra dispuesto (a) durante la totalidad de la prueba.

Firma del Evaluado

PSICOLOGIA

Mayra Melo R.
PSICOLOGA
T.P. 246525

MAYRA YULIANA MELO RODRIGUEZ
Reg. Medico 246525

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 realizó el día 25/02/2023 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 JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 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

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79759982 el día 22/02/2023 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

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 **JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ** con **CC** No. **79759982**, 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:** 16/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 09/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 08/12/2023 **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTRUCTOR **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): 202301012667915.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ABS_4_1_1_FR15 v.06

Certificado Bancario

Sábado, 25 de febrero de 2023

Señor(a)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ identificado(a) con CC 79759982, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20775952895	2005/01/13	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:
BOGOTA, D.C.	OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE	62	62-46-101004726	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
09	02	2023	06	02	2023	00:00	08	04	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY		C.C. :79,759,982	
DIRECCIÓN: CLL 6 SUR 24 180 FONTANA 3 TORRE 1 APTO 503 BARRIO LA PROSPERIDAD	CIUDAD: MADRID - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 3213841399	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA		NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN: CRA 4 # 53 54	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 5461600	
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.4564103 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TECNICAS A TRAVES DE HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA POR LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA FORMACION REGULAR.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06/02/2023	08/04/2024	$ 4,017,000.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 4,017,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ	220528	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 11A NO. 93A - 62 - TELÉFONO: 7422342 - BOGOTA, D.C.

62-46-101004726
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

53890121

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 62-46-101004726, 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 en dades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 9 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.62-46-101004726

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044693 18

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 30000046262212

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	

RECIBIMOS DE: JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ — CC. 79.759.982

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101004726

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93-46-101004726-0-1	$0.00		$33,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Efectivo - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0004469318

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/9/2023 8:52:52PM

172.16.10.23

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 62461010047260

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY — C.C. C.C. :79,759,982
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101004726

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101004726 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 62461010047260

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY — C.C. C.C. :79,759,982
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 62-46-101004726

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE - CU. ESTATAL - 101004726 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	ANDREA MARCELA SARMIENTO MARTINEZ - 220528	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de 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.	**1028724068**	**DAVID SANTIAGO PÉREZ ROJAS**	**HIJO**
T.I.	**1016605387**	**JUAN PABLO PÉREZ ROJAS**	**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: JOHN FREDY PÉREZ RODRÍGUEZ

C.C. 79759982

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

5421321O

NUIP 1.028.724.068

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54213210

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A C L

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

REGISTRADURIA DE BARRIOS UNIDOS HOSP INFANTIL SAN JOSE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	ROJAS

Nombre(s)

DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12459812-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS PLAZAS RUTH ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.016.042.277	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.759.982	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.759.982	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes OCT Día 08	FILADELFO VELASQUEZ BARRERA - RE Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016605387

Indicativo Serial 55703354

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 10 0 5

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

********* COLOMBIA ********** CUNDINAMARCA ********** BOGOTA **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ**********	ROJAS**********

Nombre(s)

JUAN PABLO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

********** COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C. **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13641712-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS PLAZAS RUTH ALEJANDRA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1016042277 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

****
PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79759982 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79759982 DE BOGOTA D.C	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes ENE Día 05	ROSABEL ANGULO MARTINEZ Nombre y firma

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

NOTARIA 58 BOGOTA, D.C. ROSABEL ANGULO MARTINEZ NOTARIA

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -