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	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**27239-622076**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA	**C.C.**	1.013.577.628	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	ymtorres@sena.edu.co				

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** 66745132511

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: 5355167/2023 **Nº Compromiso SIIF** **635923**

Valor Total del Contrato	$ 12.854.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.854.400	**1**	**Del**	**08/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 3.079.700,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.774.700		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5355167 PSP-DC-CTCM-073-2023 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TÉCNICAS A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL C

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.079.700		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.079.700**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.729.197**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4507463235**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.231.880	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 154.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 197.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 769.925	$ -	
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	$ 307.970	
Salud hasta $ 678.592	$ 114.934	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 576.399	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.729.197,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.728.500,00	
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	26.357,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.053.343,00**	

SON: TRES MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Brindar conocimiento a los aprendices en el programa de Dibujo Arquitectonico para la Articulación con la educación media
Formular, ejecutar y evaluar proyectos
Encargada de las fichas 2495468,2498072,2498101,2716278,2716284 en grados décimo y once

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.

YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA
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,

MAYRA ALEJANDRA APONTE DAZA
PROFESIONAL G01

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013577628
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOHANA MARCELA TORRES ACOSTA TORRES ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 17 SUR 25 13	TELÉFONO:	8108927
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4507463235**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995473803	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.200	$ 0	$ 23.200
SUBTOTALES:			**$ 23.200**	**$ 0**	**$ 23.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN									SALUD						ARP																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013577628
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YOHANA MARCELA TORRES ACOSTA TORRES ACOSTA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 17 SUR 25 13	TELÉFONO:	8108927
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4507463235**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995473803

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 185.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 145.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 145.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 23.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 353.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 353.800**

Planilla Pagada

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1013577628 YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**190**
Fecha Afiliación:	**15/05/2009**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 11 de Octubre de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013577628,** se encuentra afiliado/a desde **13/05/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14940448632

(415)7707212489984(8020) 000001494044863 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 5 7 7 6 2 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 5 7 7 6 2 8	2 0 0 4 0 4 0 5

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
TORRES	ACOSTA	YOHANNA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 17 SUR 25 07 BRR RESTREPO

42. Correo electrónico arqsodi@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 7 6 7 8 4 0 5	

CLASIFICACIÓN

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

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 - 09 - 07 / 14 : 38: 49

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 TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 127

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 4 MESES 26 DÍAS	CC	1013577628
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA TIPO IV	✓
OPTOMETRÍA	✓	CERTIFICADO MEDICO LABORAL ALTURAS CON ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

DTO. SALUD OCUPACIONAL

Firma:

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

R. M.: 293701/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
W1261C1I127

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA

CC: 1013577628

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

REMISIONES

24 | 08 | 2023

Nº Identificación: 1013577628	Nombre del Paciente: TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA	Edad: 37 AÑOS	EPS:

CIE 10: [E780] HIPERCOLESTEROLEMIA PURA

[CUPS], Nombre de la Remisión ,Motivo de la Remisión.

℞.

1. [890206] NUTRICION CLINICA
   HIPERCOLESTEROLEMIA

Código de Seguridad
N1261T11Z127

Dr. Jim Roger Sánchez
DTO. SALUD OCUPACIONAL

SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER
R.M. 293701/03 - Firmado Electronicamente

REPORTE DE AUDIOMETRÍA

Nombre	Yohanna Marcela Torres Acosta	**Fecha**	24/08/23		
Documento	1013597678	**Edad**	37	**Sexo**	F
Empresa	SENA	**Cargo**	Instructor		

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme u oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada Igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces: Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentarse reacciones adversas para mi salud.

Ha trabajado en ambientes ruidosos?	**SI**		**NO**						
Utilizaba protectores auditivos?	**SI**		**NO**		**Copa**		**Desechables**		**Anatómicos**	

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
Otalgia		X
Otitis		X
Otarrea		X
Traumas		X
Cirugías		X
Acúfenos		X
Transtorno equilibrio		X
Hipertensión esencial		X
Sinusitis		X
Otros		

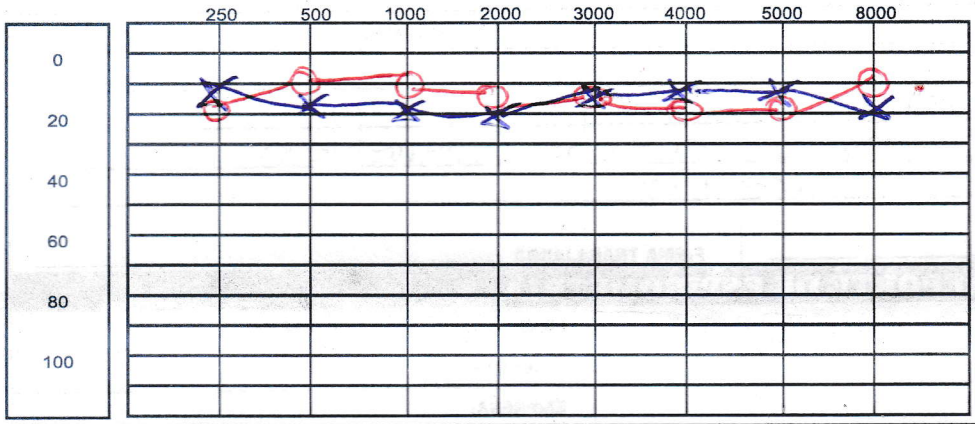
Realiza o practica alguna de las siguientes actividades?	SI	NO
Motocicleta		X
Práctica polígono		X
Práctica de tejo		X
Escucha música con audiófonos	ocas.	
Música alto volumen		X
Discotecas		X
Instrumentos musicales		X
Otros		

Fecha última audiometría realizada

OTOSCOPIA

NORMAL			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
OÍDO	SI	NO	
OD			
OI			

AUDIOGRAMA



Diagnóstico

Audición dentro de parametros normales a nivel bilateral.

Recomendaciones / Observaciones / Remisiones

Se sugiere realizar controles auditivos anuales y seguir pautas de higiene y cuidado auditivo.

Laura Padua
Fonoaudióloga
Esp. SST
R.P. 1493121

Firma profesional		Firma trabajador	

RESULTADO DE LABORATORIOS

Glicemia		**Colesterol total:**		**Triglicéridos**	
Serología	**Reactiva:**		**No reactiva:**		
Coprológico	**Sin parasitos:**		**Con parasitos:**		
Frotis de garganta	**Normal:**		**Anormal:**		
KOH uñas	**Sin hongos:**		**Con hongos:**		
Uroanálisis	**Normal:**	**Anormal:**	**Hemograma:**	**Normal:**	**Anormal:**
Otros					

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02
NIT. 900.171.517 -3

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Yohanna Marcela Torres A.	EDAD: 37.	FECHA: Ag/24/2023
IDENTIFICACIÓN:	1013577628.	TELÉFONO:	3137678405.
CARGO:	Instructor	EMPRESA:	Sena.

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme u oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada Igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces: Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados puedan presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN:	Instructor. Sena	TIEMPO EN ESTE OFICIO:	Ingreso

UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI _____ NO X CUAL? _____

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/25	
Lejos OI	20/25	
Lejos AO	20/25	
Cerca OD	0.50	
Cerca OI	0.50	
Cerca AO	0.50	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: FON.	OI: FON.	AO: FON.	
Necesidad de corrección óptica:	Si.			
Cromática:	NORMAL X		ANORMAL	
Test Estereopsis:	Normal.			
INTERPRETACIÓN:	Ametropia			
OBSERVACIONES:	Usar anteojos con filtro antireflejo			
RECOMENDACIONES:	Control optometria.			

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21N 26-52 SUR/ CRA 21N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

Código de Seguridad
J1261P33V12735

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 12735

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: jueves, 24 de agosto de 2023 08:31:59 a.m.

Nombres y Apellidos: TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA CC: 1013577628 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 29/03/1986 Edad: 37 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE

	QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Q	Glicemia Pre Prandial	81.13	mg/dL	60-110	Enzimática colorimétrica

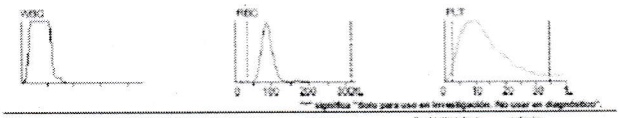
Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP. 52316525

CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA TIPO IV

CENTRO MÉDICO
LABORATORIO CLINICO
OLAYA

Nombre: Yohanna marcela — Género: Mujer — ID de la muestra: 103 1013577628
Apellido(s): Torres acosta — Edad: 37 Año — Hora de análisis: 2023/08/24 08:14

Param.	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	8,46	3,50-9,50	10^3/L
2 Neu%	52,4	40,0-75,0	%
3 Lym%	36,1	20,0-50,0	%
4 Mon%	6,8	3,0-10,0	%
5 Eos%	4,0	0,4-8,0	%
6 Bas%	1,0	0,0-1,0	%
7 Neu#	2,93	1,80-6,30	10^3/L
8 Lym#	2,02	1,10-3,20	10^3/L
9 Mon#	0,38	0,10-0,60	10^3/L
10Eos#	0,22	0,02-0,52	10^3/L
11 Bas#	0,06	0,00-0,06	10^3/L
12*ALY#	0,03	0,00-0,20	10^3/L
13*ALY%	0,5	0,0-2,0	%
14*LIC#	0,03	0,00-0,20	10^3/L
15*LIC%	0,5	0,0-2,5	%
16RBC	4,61	3,80-5,80	10^12/L
17HGB	12,4	12,0-18,0	g/dL
18HCT	40,3	36,0-50,0	%
19MCV	89,4	82,0-100,0	fL
20MCH	27,4	27,0-34,0	pg
21MCHC	306	316-354	g/L
22RDW-CV	13,3	11,0-16,0	%
23RDW-SD	49,6	36,0-56,0	fL
24PLT	287	150-450	10^3/L
25MPV	9,8	6,5-12,0	fL
26PDW	13,6	9,0-17,0	fL
27PCT	0,281	0,108-0,282	%
28P-LCR	35,4	11,0-45,0	%
29P-LCC	102	30-90	10^3/L



*** significa "Solo para uso en investigación. No usar en diagnóstico".

Hora de muestreo:2023/08/24 08:14 Operador: admin Autorizador: admin
Hora del informe:2023/08/24 11:20 Hora de entrega:2023/08/24 08:14 Tiempo validado:2023/08/24 11:16
Observaciones:

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com

Código de Seguridad
J1261P33V12735

DATOS PERSONALES — Orden de Servicio N°: 12735

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: jueves, 24 de agosto de 2023 08:31:59 a.m.

Nombres y Apellidos: TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA CC: 1013577628 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 29/03/1986 Edad: 37 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

Bacteriólogo(a) RP: 52316525

QUÍMICA

PERFIL LIPÍDICO

QUIMICA SANGUINEA	Resultado	Unidades	Referencia	Técnica
Colesterol Total	208	mg/dL	Menor de 200	Enzimática colorimétrica
Triglicéridos	110.1	mg/dL	Menor de 150	Enzimática colorimétrica
Colesterol HDL	36.7	mg/dL	35-55	Precipitacion
Colesterol LDL	149.28	mg/dL	Menor de 129	Cálculo
Colesterol VLDL	22.02	mg/dL	2-30	Cálculo
Índice arterial	4.07		Menor de 5	Cálcul

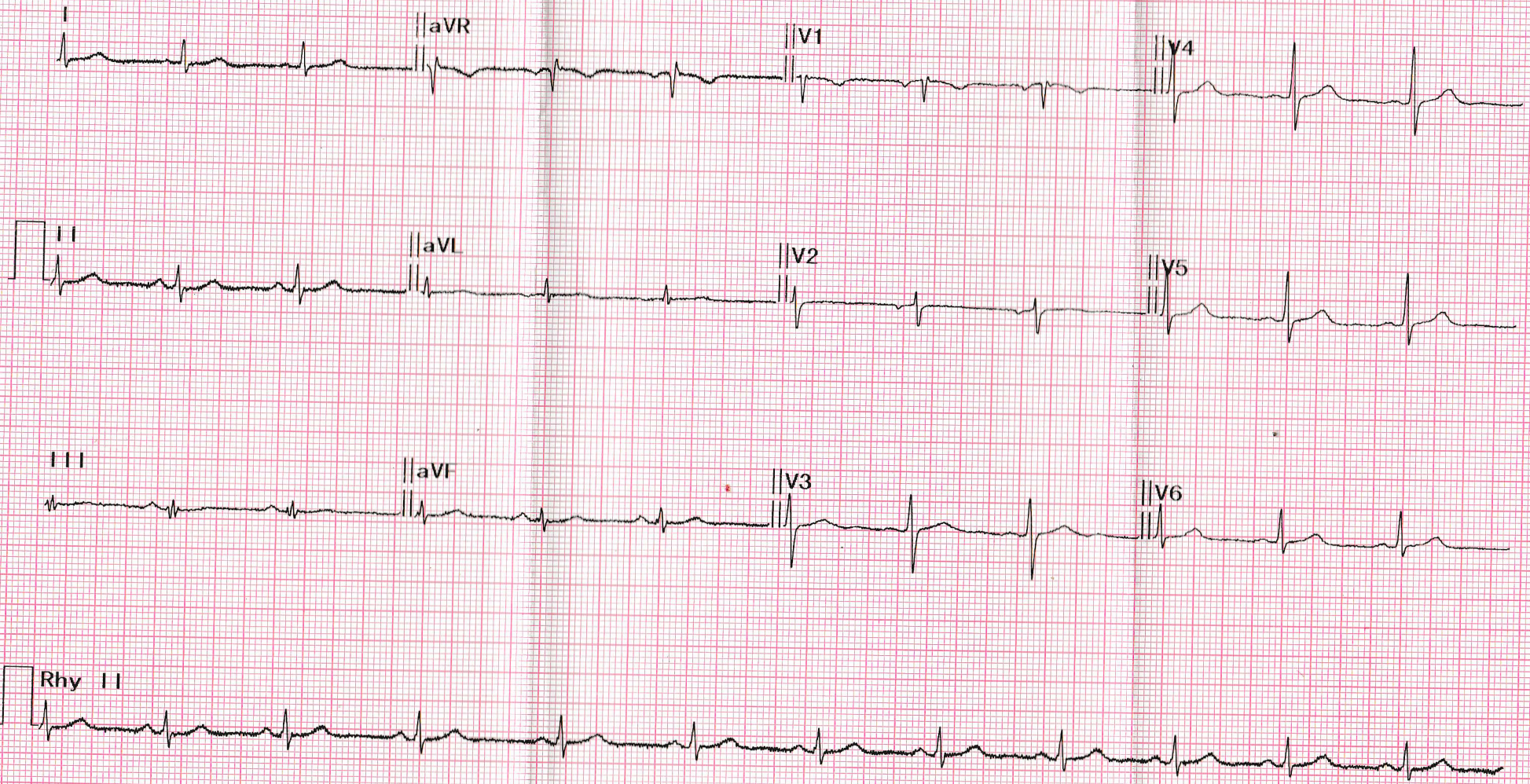
Ana Marcela Calderon Suarez
Bacteriólogo(a) RP: 52316525

ID : 2308240000
NOMBRE: YOHANNA TORRES
SEXO : Mujer
DIVISIONES:

FechaHora: 2023-08-24 09:22
EDAD : 37
BP : mmHg
CAMA NO. :

PatientID: 1013577628
ALTURA : cm
PESO : kg
Clinica NO. :

HOSPITAL: CENTRO MEDICO OLAYA



Diagnóstico para la referencia, consulte a su médico para confirmar
IMPR. AUTOMATICA 3X4+1R 73bpm 10 mm/mV 0.50Hz-Off AC 50Hz 25 mm/sec

Confirmado por:



Dr. G. Bejarano S.

PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL

NIT. 79638502-2

NOMBRE: YOHHANNA MARCELA TORRES ACOSTA

CC: 1013577628

EDAD: 37 AÑOS

TIPOLOGIA DE PERSONALIDAD

PERSONALIDAD

Son observadores extraordinariamente atentos: toman nota de todo lo que ocurre a su alrededor: cosas, acontecimientos, personas. Se impregnan interiormente de los detalles más pequeños, sin reaccionar exteriormente, lo que puede darles la apariencia de lentitud. En realidad su campo de percepción es muy amplio y original, porque son sensibles a las pequeñas variaciones. Pero no dan cuenta de ellas espontáneamente. Disponen de un sistema de clasificación interno, que les permite comparar, seleccionar y recuperar todas las informaciones que recogen.

ACTITUD ANTE EL TRABAJO

Las cualidades de estas personas vuelven a destacar en el ambiente profesional: con mucha frecuencia son trabajadores organizados y metódicos, que les gusta seguir un plan de acción y respetar los horarios y los plazos. Normalmente el trabajo tiene preferencia respecto al ocio.

Respetan las normas, los procedimientos y la jerarquía, así como les resulta difícil concebir que los demás no hagan lo mismo. Les gusta las estructuras organizadas, en las que existe un sitio para cada cosa (o persona) y en las que cada cosa está en su sitio.

PLAN DE DESARROLLO PARA SER MÁS EFICAZ

Podrán comenzar interesándose por los sentimientos, por los criterios de acción y por los valores de los demas. En este sentido, les pueden ayudar su lógica y su sentido del deber, mostrándoles que comprender las motivaciones de los demás es un medio de mayor eficacia como una norma de comportamiento humano. Tratarán, de comprender los puntos de vista diferentes de los suyos propios, lo que les permitirá flexibilizar su comportamiento.

TIPOLOGIA DE TEMPERAMENTO

La búsqueda es la característica primordial: búsqueda de la identidad, del sentido de la vida, de realización de sí, de integridad, de desarrollo personal.

La lucidez y el conocimiento de si son particularmente importantes para ellos, que persiguen permanentemente su diálogo interior.

Son idealistas al servicio de la humanidad que buscan la armonía, tanto interior como con los demás.

Situaciones particulares

Familia.

Son cariñosos y muestran con facilidad sus sentimientos. Son ardientes defensores de las personas que aman.

Educación.

Les gusta aprender por una toma de conciencia personal, son tambien sensibles a la calidad del enseñante, con el que desean identificarse. Y cuando son enseñantes saben valorar a cada persona.

Vida profesional.

Se caracterizan en la vida profesional por su creatividad y sus dotes para la comunicación. Necesitan encontrarse en actividades que tienen un sentido y que les permiten buscar valores de realización personal.

Ejercicio de la autoridad.

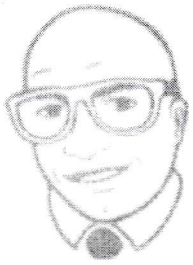
Son persuasivos y carismáticos en su manera de dirigir. Con frecuencia resulta difícil estar en desacuerdo con ellos. Son catalizadores que animan a los que trabajan con ellos y les dan espontáneamente apreciaciones positivas.

Sectores de actividad.

Son de buen grado enseñantes, escritores, terapeutas, consejeros, médicos y religiosos.

Relación con el tiempo.

Son sobre todo sensibles a las necesidades de los demás y dan gusto a su tiempo, incluso llegando a descuidar sus propias necesidades.



Dr. G. Bejarano S.

PSICOLOGIA DIAGNOSTICA

NIT. 79638502-2

Relación con el dinero.

Conceden poca importancia al dinero, que consideran como un medio para un fin. Por lo general, están poco dotados para comprar y vender.

Fecha de emisión **BOGOTA 24 de Noviembre del 202**

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta lo anterior la paciente ***YOHANNA TORRES*** Identificada con **CC. 1013577628** se considera APTA para el cargo.

Cordialmente,



GUSTAVO BEJARANO S.
PSICOLOGO CLINICO
T.P 79638502
TEL. 3123210889

Hace constar:

Que el Sr(a) YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013577628 realizó el día 29/09/2023 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 YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013577628 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013577628 el día 01/10/2023 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013577628 realizó el día 01/10/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013577628 realizó el día 01/10/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/10/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1076323132
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1076323132	DARWIN MOSQUERA LOZANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	57	10/10/2023	CC 1013577628	TORRES ACOSTA YOHANNA	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D530B5C3FD019B40ED14A0C98D2B6F62 Certificado impreso el día 10/9/2023 12:41:25 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

YOHANNA MARCELA
TORRES ACOSTA
1013577628

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado
Bancario

Miércoles, 11 de octubre de 2023

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA identificado(a) con CC 1013577628, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	66745132511	2015/07/14	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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
TUNJA	TUNJA	39	39-44-101154762	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
25	09	2023	08	09	2023	00:00	16	04	2024	23:59	ANEXO NO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	TORRES ACOSTA, YOHANNA MARCELA		CC: 1013.577.628
DIRECCIÓN: CL 17 SUR NRO. 25 - 7	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3137678405

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA-REGIONAL DISTRITO CAPITAL		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CRA 4 # 53-54 SUR	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	5940000

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:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NUMERO CO1.PCCNTR.5355167 DE FECHA 8 DE SEPTIEMBRE 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 PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE FORMACION DE ARTICULACION CON LA MEDIA Y DEMAS ESPECIFICACIONES DESCRITAS EN EL OBJETO DEL PRE4SENTE CONTRATO.

SE ACLARA QUE EL ASEGURADO ES Y BENEFICIARIO ES EL CENTRO REGIONAL DISTRITO CAPITAL GRUPO ADMINISTRATIVO INTERCENTROS CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA NIT: 899.999.034-1

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	08/09/2023	16/04/2024	$1,325,610.00	

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO ES EL CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA NIT: 899.999.034-1 DIRECION CRA 4 # 53-54 CAZUCA TELEFONO 6015461500

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ ********1,325,610.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ELAR SEGUROS LTDA	194724	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 10 NO. 21-33 OFC. 108 -202 - TELEFONO: 7409487 - TUNJA

39-44-101154762

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. 39-44-101154762 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN Bogotá A LOS veinticinco (25) DÍAS DEL MES DE septiembre DEL AÑO 2023.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670049793 53

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000049793538

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
09/09/2023 12:09p.m.

RECIBIMOS DE: TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA — CC. 1.013.577.628

LA SUMA DE: Veintisiete mil trescientos setenta pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000049793538

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
TUNJA-44-101154762-0-1	$23,000.00		$4,370.00	$27,370.00

FORMA DE PAGO

Efectivo - $ 27,370.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 27,370.00
OTROS:

TRANSACCION: 0004979353

TOTAL: $27,370.00

CAJERO: PAGUESTADO

9/11/2023 10:13:16AM

172.16.10.21

CERTIFICACION DEPENDIENTES

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

T.I.	**1027153969**	**SANTIAGO MALDONADO TORRES**	**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: YOHANNA MARCELA TORRES ACOSTA

C.C. 1013577628

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.027.153.969**

MALDONADO TORRES

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Maldonado

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-2013**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-JUL-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

27-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01184485-M-1027153969-20201202 **00726**78147A 1 8501073064

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

NUIP 1027153969

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41367895

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 10 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 10

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MALDONADO	TORRES

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUL Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12179924-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES ACOSTA YOHANNA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#.1.013.577.628 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MALDONADO MALAVER JOHN ADALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#.79.167.070 DE UBATE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MALDONADO MALAVER JOHN ADALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#.79.167.070 DE UBATE	x

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 autorizado
Año 2013 Mes JUL Día 12	OSCAR ANTONIO HERNANDEZ GOMEZ NOTARIO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

HORA DE NACIMIENTO:03:39:AM

Oscar Antonio Hernandez G.
NOTARIO

PRENSA S.A. NIT. 890.321.131-0

--- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO ---

ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO. TIENE VALOR PROBATORIO PERMANENTE.

DADO EN BOGOTA D.C. JUL 2013