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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**68474-317604**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JEIMY LORENA LEON ROCHA	**C.C.**	52.484.072	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jleonro@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: DAVIVIENDA **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** 0000000666562731

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: 5863432/2024 **Nº Compromiso SIIF** **12324**

Valor Total del Contrato	$ 37.357.857	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.357.857	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.932.406,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.425.451		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.932.406		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	**$ 3.932.406**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.289.274**		**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	----------	**9462983910**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.572.962	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 38.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 983.101	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 393.241	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 763.091	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.289.274,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.484.006,00	
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	33.655,00	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	**$3.898.751,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación de los aprendices, cumpliendo con la programación académica predeterminada por la coordinación respectiva en los
Orientar y apoyar a los Aprendices en el desarrollo de los proyectos formativos en las respectivas etapas de Formación
Actualizar sus conocimientos en las tecnologías en las cuales se desarrolla la formación de los Aprendices. Participar en las activida
Participar en las actividades convocadas por el Centro de Formación para atender los procesos institucionales
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación, incluyendo la formu
Presentar y registrar en el aplicativo institucional los reportes de evaluaciones de los aprendices y demás informes y productos resul
Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias pedagógicas, el medio ambiente pedagógico, el rendimiento académico de los aprendic
Desarrollar mecanismos que faciliten la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación en los

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.

JEIMY LORENA LEON ROCHA
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
INSTRUCTOR

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

EL ORDENADOR DEL PAGO

CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52484072		LEON ROCHA JEIMY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 106 # 14 89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3163512307	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	458188708	9462983910	I	2024/02/16	2024/02/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$500,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$254,100	$0	$0	$254,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$254,100	$0	$0	$254,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,700	$0	$0	$38,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,700	$0	$0	$38,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$198,500	$0	$0	$198,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$198,500	$0	$0	$198,500
TOTAL				1	$500,900	$0	$0	$500,900

2024/02/15 08:43 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891916218

(415)7707212489984(8020) 000001489191621 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 8 4 0 7 2	6	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	5 2 4 8 4 0 7 2	1 9 9 8 0 1 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
LEON	ROCHA	JEIMY	LORENA

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: CR 106 14 89

42. Correo electrónico: lleonrocha@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 5 1 2 3 0 7	4 2 2 3 8 9 4

CLASIFICACIÓN

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

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios 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 - 02 - 02 / 19 : 43: 04

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LEON ROCHA JEIMY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

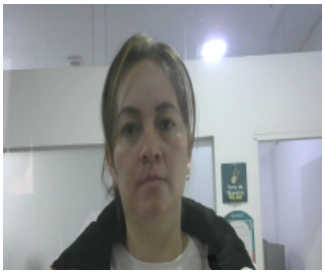
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA ZONA FRANCA	**DIRECCIÓN**	Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-23	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA			Identificación CC	Nro 52484072
Fecha de Nacimiento	1979-12-31	**Edad**	43	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-23 09:14:17	**Fecha Salida**	2023-01-23 09:44:34		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ	ENFASIS CARDIOVASCULAR
ENFASIS DERMATOLOGICO (PIEL Y FANERAS)	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: DIETA Y EJERCICIO
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL OPTOMETRIA ANUAL POR EPS
OTRAS:	SI Observaciones: PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com



ANDRES CAMILO RIVERA PAEZ

RM: 1024491478

Firma y sello del médico

JEIMY LORENA LEON ROCHA

CC 52484072

Firma del trabajador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-23

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA		
Identificación	CC	**No. Documento**	52484072
Fecha de Nacimiento	1979-12-31	**Edad**	43 años 0 meses 23 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-23 08:30:00	**Sede**	CENDIATRA ZONA FRANCA

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	232	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

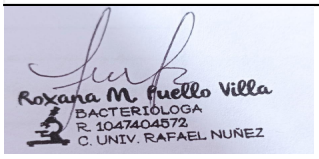
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	102	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	163.6	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



ROXANA MARIA PUELLO VILLA
1047404572
Firma y sello del médico evaluador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-23

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA		
Identificación	CC	**No. Documento**	52484072
Fecha de Nacimiento	1979-12-31	**Edad**	43 años 0 meses 23 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-01-23 08:30:00	**Sede**	CENDIATRA ZONA FRANCA

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	82	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.55	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	12.5	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	43.04	%	36.0-52.0%
VCM	78	fl	76-96fl
HCM	22.5	pg	27.0-32.0pg
CHCM	29.0	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	17.2	%	<15.0%
LEUCOCITOS	5.750	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	64.9	%	50-70%
LINFOCITOS	31.6	%	25-40%
MIXTAS	3.5	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	3.730	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.820	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	200	mm3	150-750mm3

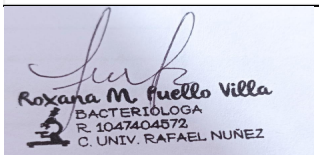
RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	249.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

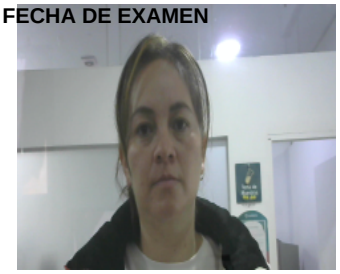


ROXANA MARIA PUELLO VILLA
1047404572
Firma y sello del médico evaluador

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/24
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA ZONA FRANCA	**DIRECCIÓN**	Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-23	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA			Identificación CC	Nro 52484072
Fecha de Nacimiento	1979-12-31	**Edad**	43	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-23 08:45:18	**Fecha Salida**	2023-01-23 08:46:30		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	USA RX HACE 4 AÑOS ÚLTIMA RX 1 AÑO. RX USO LEJOS

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/40
SIN CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.75 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.75 cm
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTOFORIA
CERCA	EXOFORIA
HIRSCHBERG	CENTRADO
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	FO APARENTEMENTE NORMAL
OI	FO APARENTEMENTE NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	N-0.25X0
CICLOPLEJIA	AV 20/20
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	-0.75
CICLOPLEJIA	AV 20/20

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía OI
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos 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 respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



MARIA CONSUELO ALVAREZ GARZON
RM: 52336320

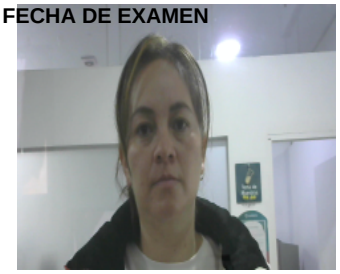


JEIMY LORENA LEON ROCHA
CC 52484072

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/01/24
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA ZONA FRANCA	**DIRECCIÓN**	Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-23	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA			Identificación CC	Nro 52484072
Fecha de Nacimiento	1979-12-31	**Edad**	43	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	INSTRUCTOR				
Fecha Ingreso	2023-01-23 08:56:45	**Fecha Salida**	2023-01-23 08:56:53		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	SI	USO DE AUDIFONO PARA CLASES
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICION BILATERAL NORMAL.

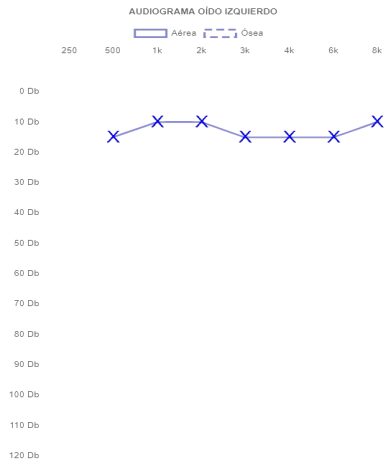
CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	SI	SEGUN EL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO.
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			10			10			15			15			15			10		
OI				15			10			10			15			15			15			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	SI	USO DE AUDIFONO PARA CLASES
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	AUDICION BILATERAL NORMAL.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	SI	SEGUN EL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO.
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

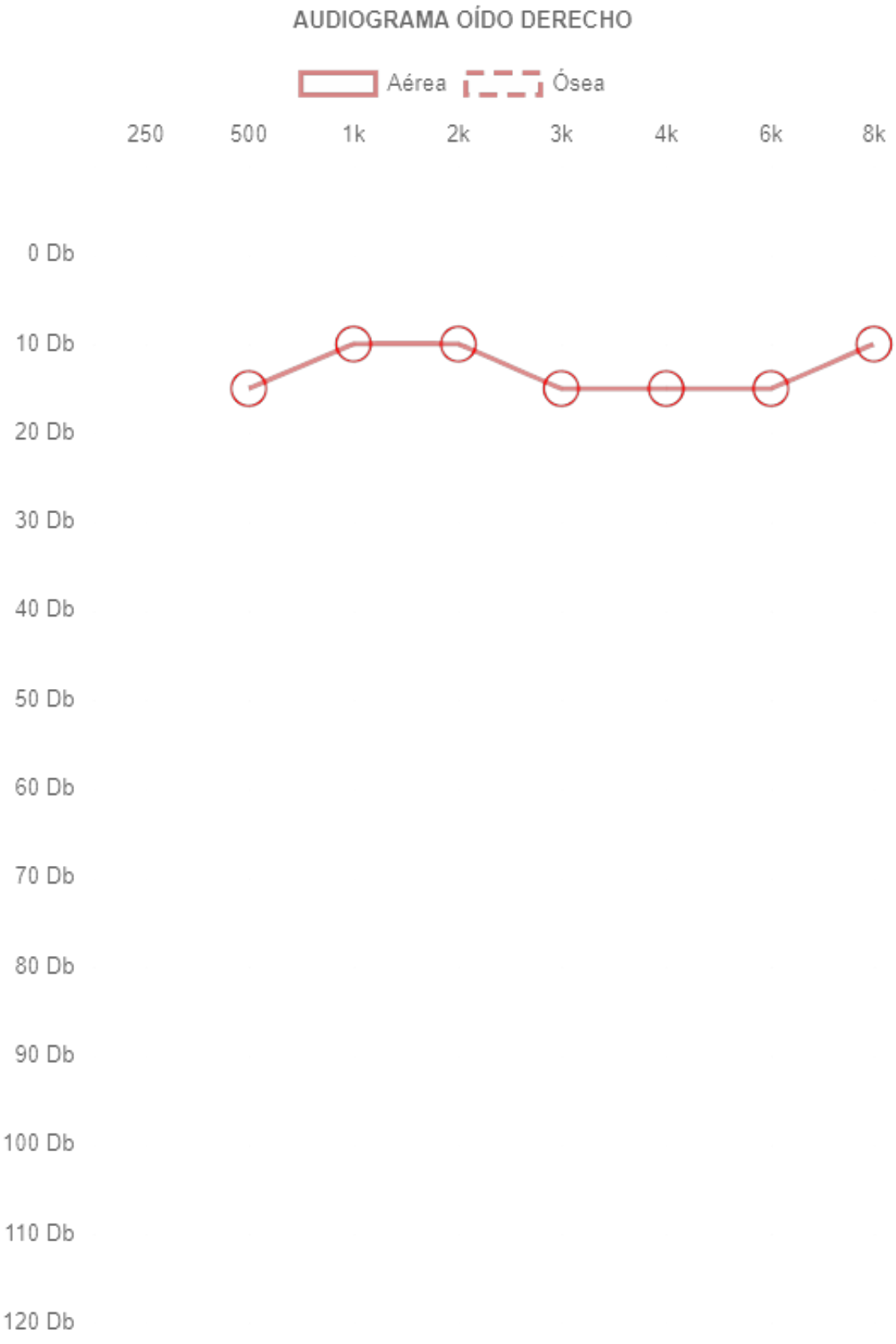
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

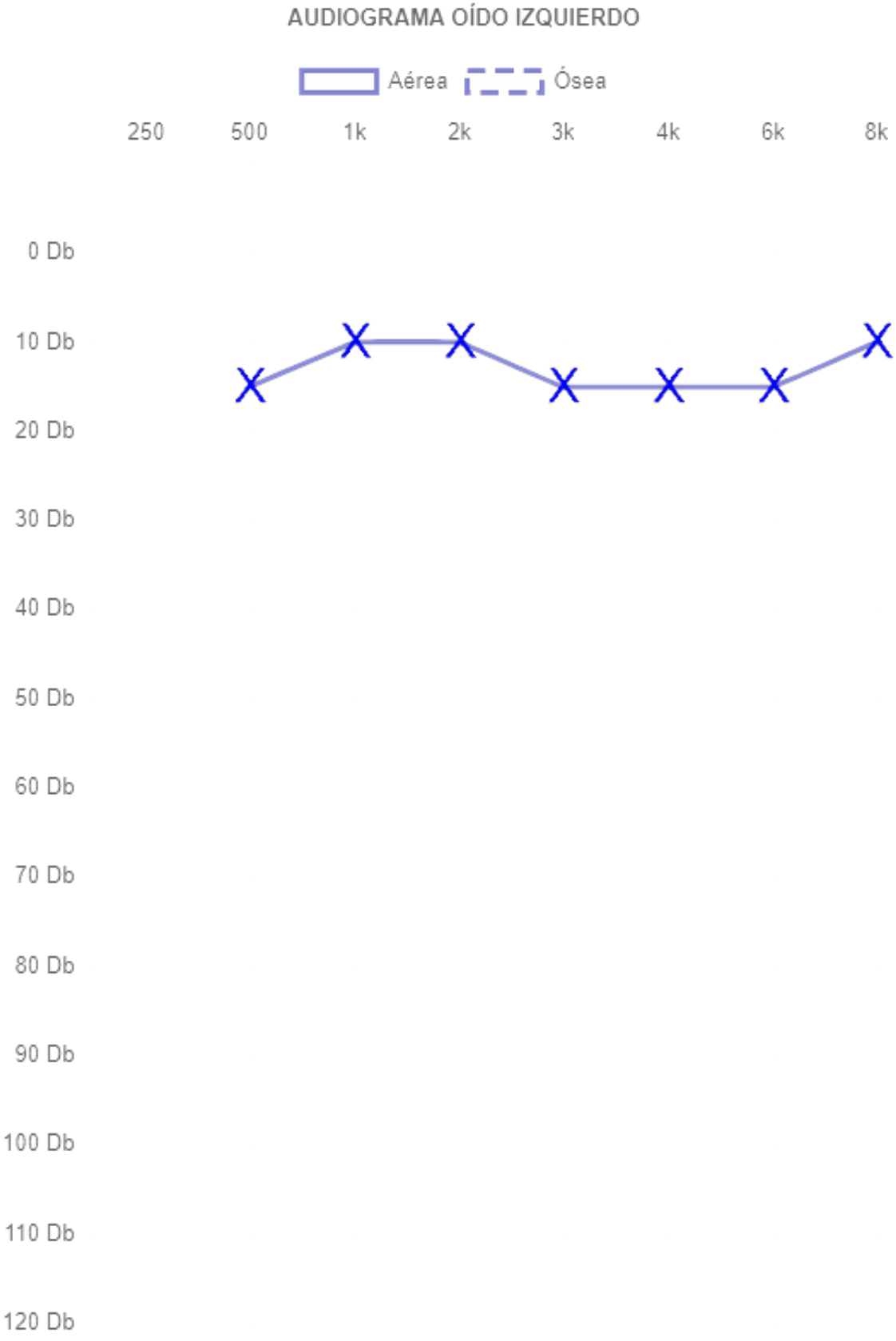


ANA ROCIO GUTIERREZ
RM: 52113259
Firma y sello del médico evaluador



JEIMY LORENA LEON ROCHA
CC 52484072
Firma del trabajador evaluado


AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db


AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO
Aérea
Ósea
250
500
1k
2k
3k
4k
6k
8k
0 Db
10 Db
20 Db
30 Db
40 Db
50 Db
60 Db
70 Db
80 Db
90 Db
100 Db
110 Db
120 Db

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559704

Fecha de generación del carné: jueves, 02 de febrero de 2023 12:25 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52484072
Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA
Fecha de nacimiento:	31/12/1979

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	22/06/2021	Sinovac Coronavac	202105012P	INNOVAR SALUD SAS
	Segunda dosis	24/07/2021	Sinovac Coronavac	202106058P	INNOVAR SALUD SAS
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	31/10/2008	Fiebre Amarilla		
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	15/08/2006	Havrix 1440		
	Segunda dosis	06/03/2007	Havrix 1440		
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	15/08/2006	Recombax B		
	Segunda dosis	06/03/2007	Recombax B		
	Tercera dosis	19/07/2007	Recombax B		
	Refuerzo	15/11/2017	Recombax B		
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559704

Fecha de generación del carné: jueves, 02 de febrero de 2023 12:25 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52484072
Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA
Fecha de nacimiento:	31/12/1979

Influenza	Única	07/07/2022	Vaxigrip	W3A573V	IPS VACUNAR COLOMBIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	01/08/2005	Sarampión -Rubéola		
Td	Primera dosis	17/01/2003	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	18/02/2003	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	14/08/2005	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	26/05/2006	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Quinta dosis	26/05/2007	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Refuerzo	03/10/2022	Toxoide Tetánico y diftérico	2331L011C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL TUNJUELITO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	03/10/2022	Priorix	A69CF364A	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	15/08/2006	Varilrix		
Varicela + Triple Viral	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010559704

Fecha de generación del carné: jueves, 02 de febrero de 2023 12:25 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52484072
Nombres y Apellidos	JEIMY LORENA LEON ROCHA
Fecha de nacimiento:	31/12/1979

VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Hace constar:

Que el Sr(a) JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 realizó el día 23/02/2024 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 JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 realizó el día 23/02/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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) JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 realizó el día 23/02/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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) JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 realizó el día 23/02/2024 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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

Hace constar:

Que el Sr(a) JEIMY LORENA LEON ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52484072 el día 23/02/2024 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **JEIMY LORENA LEON ROCHA** identificado con **CC** No. **52484072**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 26/02/2020 **Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012689198.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **23/02/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JEIMY LORENA LEON ROCHA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52484072**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**000666562731**
Fecha de apertura	**06/06/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.	CHAPINERO	14	14-46-101107467	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
01	02	2024	01	02	2024	00:00	07	05	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LEON ROCHA JEIMY LORENA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :52,484,072
DIRECCIÓN:	CR 106 14 89	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3163512307

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE FORMACIN TALENTO HUMANO			IDENTIFICACION:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 NO 45-52.	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	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.5863432 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO DIAGNÓSTICO, APOYO TERAPÉUTICO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2024	07/05/2025	$ 3,735,785.70

ACLARACIONES:

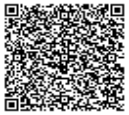
VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,735,785.70	CONTADO

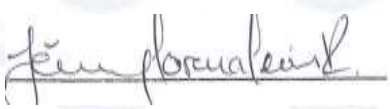
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JIMENEZ MARTHA LUZ	91853	100,00			

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. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.







14-46-101107467

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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. 14-46-101107467, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTA, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 14461011074670

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: LEON ROCHA JEIMY LORENA C.C. C.C. :52,484,072

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101107467

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101107467 - 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
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JIMENEZ MARTHA LUZ - 91853

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°: 14461011074670

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: LEON ROCHA JEIMY LORENA C.C. C.C. :52,484,072

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101107467

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101107467 - 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
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JIMENEZ MARTHA LUZ - 91853

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101107467

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Bogotá D.C 29 de febrero 2024

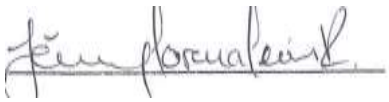
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

1. Durante el año gravable 2023, el 80% o más de mis ingresos brutos *NO* provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
2. Durante el año gravable 2023, el 80% o más de mis ingresos brutos *NO* provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
3. *Por el año gravable 2023, soy una persona natural que NO quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"*
4. *Por el año gravable 2023, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($59.377. 000)*
5. *Por el año gravable 2023, NO desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolló no le generó más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos brutos.*
6. *Por el año gravable 2023,* NO *preste servicios técnicos que requirieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represente más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.*

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 29 días del mes febrero del 2024



JEIMY LORENA LEON ROCHA

CC 52484072

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 29 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bogotá
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.	**1019995801**	**SOFIA VARGAS LEON**	**HIJO**

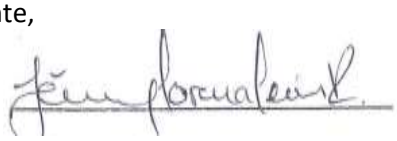
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: JEIMY LORENA LEON ROCHA
C.C. 52484072 de Bogotá