SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **101076** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **58905-294527** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO
**Correo electrónico contratista:** paarce@sena.edu.co
**C.C.** 1.144.095.352 **IP/Nº de contacto** 17023823
**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO
**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO
**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91200821900
**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:** 5833713/2024 **Nº Compromiso SIIF** 23324

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 53.735.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 53.735.000 | **1** | **Del** | **05/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 4.885.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 48.850.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 633.589,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)
SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDIN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.885.000 | | 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** | **$ 5.518.589** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.713.542** | | **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** | ---------- | **4537977063** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.954.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 244.300 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 312.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 10.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.379.647 | $ - | |
| 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 1.237.847 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.713.542,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.961.589,00 | |
| 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 - 7020 | 49.616,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 27.593,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,000% |
| Pro-Hospital | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.807.791,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participé en la reunión del equipo CNP convocada por el subdirector Mauricio Gómez.
Asistí a la Jornada de inducción Retroalimentación, socialización lineamientos operativos y Estratégicos Emprendimiento 2024.
Participé en la reunión de bienvenida a Emprendedores - SENA Fondo Emprender.
Participé en la reunión del equipo CNP convocada por la coordinadora Diana Moreno.
Participé en la reunión de Firma de contrato de emprendedores - SENA Fondo Emprender.
Participé en la Capacitación transferencia de conocimientos trámite de pago contratos prestación de servicios.
Realicé orientación presencial para aprendices SENA en puerto principe.

**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.



**PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO**
**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,

**MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**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**

**FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE**

**DIRECTOR REGIONAL**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO identificado(a) con CC 1144095352 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **16/01/2024** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **U.T. NUEVA RED CALI MEDICIPS - MEDICIPS S.A.S** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de enero del año 2024.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

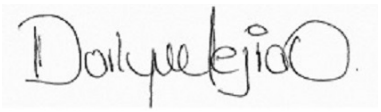
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1144095352,** se encuentra afiliado/a desde **21/06/2019** 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 17 de enero de 2024.



**Darlynne Amalia Mejia Olmos**
**Dirección de Afiliaciones (A)**

**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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1144095352 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PEDRO ANDRES ARCE MONTANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CRA 101 12 16 | TELÉFONO: | 1111111 |
| 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: | **4537977063** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/02/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 4020819573 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 223.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 223.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 174.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 174.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 7.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 7.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 405.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 405.200** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1144095352 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PEDRO ANDRES ARCE MONTANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CRA 101 12 16 | TELÉFONO: | 1111111 |
| 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: | | **4537977063** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/02/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 4020819573 |

**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 | $ 223.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 223.400 | $ 0 | $ 223.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 223.400** | **$ 0** | **$ 223.400** |

**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 | $ 174.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 174.500 | $ 0 | $ 0 | $ 174.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 174.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 174.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 7.300 | $ 7.300 | $ 0 | $ 0 | $ 7.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1144095352 | ARCE MONTAÑO PEDRO ANDRES | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.396.000 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.396.000 | $ 223.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 223.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.396.000 | $ 174.500 | $ 0 | $ 174.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.396.000 | 114409535 | $ 7.300 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 405.200** |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14912249641

(415)7707212489984(8020) 000001491224964 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 4 0 9 5 3 5 2 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 4 4 0 9 5 3 5 2 | 2 0 1 5 0 4 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARCE | MONTAÑO | PEDRO | ANDRES |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 101 12 16

42. Correo electrónico: pedroarce1314@gmail.com

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

## 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 2 | 2 0 2 1 0 1 0 1 | 8 2 9 9 | 2 0 1 9 0 1 0 1 | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 - 05 - 04 / 11 : 53: 24

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 ARCE MONTAÑO PEDRO ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MICROANALISIS LTDA
AVENIDA. SIMON BOLIVAR, BARRIO ADUANAL N° 55 - 44
2441566

10432810



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:19:38. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | |
| **Glucosa** | **78** | mg/dl | 70 - 110 mg/dl<br>Primer Dia 40 - 60 mg/dl<br>Mayor de 1 Dia 50 - 80 mg/dl<br>Adultos 70 - 110 mg/dl |

**Observaciones**

LUZ JOSEFINA LOPEZ
BACTERIOLOGA

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:19:50. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **HEMATOLOGIA** | | | |
| **HEMOCLASIFICACION** | | | |
| **Grupo** | **"B"** | | |
| **Rh** | **POSITIVO** | | |

LINA MARCELA LOPEZ MARIN
BACTERIOLOGA

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

MICROANÁLISIS
LABORATORIO CLÍNICO BACTERIOLÓGICO

10432810



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:20:08. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

## HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **Recuento de Leucocitos** | **7.91 10*3/uL** | | 4.0 - 10.0 |
| **% Neutrofilos** | **48.9 %** | | 55.0 - 65.0 |
| **% Linfocitos** | **41.4 %** | | 25.0 - 38.0 |
| **% Monocitos** | **6.3 %** | | 3.0 - 6.0 |
| **% Eosinofilos** | **3.0 %** | | 2.0 - 4.0 |
| **% Basofilos** | **0.4 %** | | 0.0 - 1.0 |
| **% Lic** | **0.1 %** | | 0.0 - 3.0 |
| **# Neutrofilos** | **3.87 10*3/uL** | | 2.0 - 7.50 |
| **# Linfocitos** | **3.27 10*3/uL** | | 1.0 - 4.00 |
| **# Monocitos** | **0.50 10*3/uL** | | 0.20 - 1.00 |
| **# Eosinofilos** | **0.24 10*3/uL** | | 0.0 - 0.50 |
| **# Basofilos** | **0.03 10*3/uL** | | 0.0 - 0.20 |
| **# Lic** | **0.01 10*3/uL** | | 0.0 - 0.30 |
| **Recuento de Eritrocitos** | **5.15 10*6/uL** | | 3.80 - 5.80 |
| **Hemoglobina** | **15.4 g/dL** | | 14.0 - 17.0 |
| | | | 11.8 - 15.0 |
| **Hematocrito** | **45.7 %** | | 42.0 - 48.0 |
| | | | 38.0 - 44.0 |
| **Volumen Corpuscular Medio** | **88.7 fL** | | 80 - 100 |
| **HB Corspuscular Media** | **30.0 pg** | | 26.0 - 30.0 |
| **Concentración HB Corpucular Media** | **33.8 g/dL** | | 31.0 - 34.0 |
| **Ancho Distribución Eritrocitaria** | **11.4 %** | | 12.0 - 16.0 |
| **Recuento de Plaquetas** | **240 10*3/uL** | | 150 - 450 |
| **Volumen Plaquetario Medio** | **9.4 fL** | | 6.0 - 15.0 |
| **Ancho de Distribución Plaquetas** | **15.9** | | 11.0 - 18.0 |
| **Plaquetocrito** | **0.225 %** | | .150 - .500 |

MICROANÁLISIS
LABORATORIO CLÍNICO BACTERIOLÓGICO

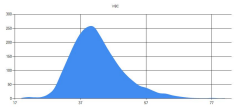
10432810



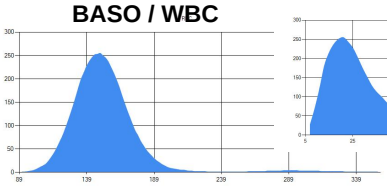
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:20:08. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|

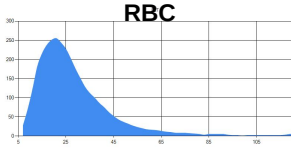
**LMNE**



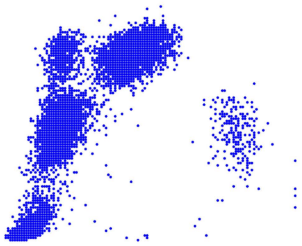
**BASO / WBC**



**RBC**



**PLT**



LINA MARCELA LOPEZ MARIN
BACTERIOLOGA
null
Validación: 08/09/2028.05 AM



"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:20:42. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

## QUIMICA

### Perfil Lipidico

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA | |
|---|---|---|---|---|
| **Colesterol total** | **228.96** | mg/dl | Normal : < 200 mg/dl<br>Moderado: 200-239 mg/dl<br>Elevado : > 240 mg/dl | |
| **Colesterol Hdl** | **48.62** | mg/dl | Riesgo Menor: > 50 mg/dl<br>Riesgo Normal: 35-50 mg/dl<br>Riesgo Elevado: < 35 mg/dl | |
| **Colesterol Ldl** | **166.60** | mg/dl | Normal : 130-159 mg/dl<br>Moderado: 160-189 mg/dl<br>Elevado : >=190 mg/dl | |
| **Colesterol Vldl** | **13.74** | mg/dl | | |
| **Trigliceridos** | **68.68** | mg/dl | 35 | 150 |
| **Indica Arterial** | **4.71** | mg/dl | 0 | 4 |

**Observaciones**

LUZ JOSEFINA LOPEZ
BACTERIOLOGA

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Order No.:** | 10432810 | **Fecha Ingreso:** | 2023-09-08 06:36:51 |
| **Paciente:** | PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | **Fecha Impresión:** | 2023-09-08 16:21:20. |
| **Identificación:** | 1144095352 | **Edad/Sexo:** | 26 / M |
| **Convenio:** | PARTICULARES | **Teléfono:** | 31535778913 |
| **Médico:** | MEDICOS VARIOS | **Sede:** | SEDE PRINCIPAL |

| ANALITO | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA | |
|---|---|---|---|---|
| **MICROSCOPIA** | | | | |
| **UROANALISIS AUTOMATIZADO** | | | | |
| **URIT-1600/1280** | | | | |
| **FISICO QUIMICO** | | | | |
| **Color** | **AMARILLO** | | | |
| **Aspecto** | **LIMPIDO** | | | |
| **Glucosa** | **- 0mg/dL** | | 2 | 20 |
| **Proteinas** | **- 0mg/dL** | | 0 | 30 |
| **Bilirrubinas** | **- 0mg/dL** | | 0 - | 0.05 |
| **Urobilinogeno** | **Normal** | | 0.03 - | 0.97 |
| **Acido Ascorbico** | **- 0mg/dL** | | | |
| **P.H.** | **5.5** | | 5 | 6 |
| **Densidad** | **1.027** | | 1000 | 1030 |
| **Sangre** | **- 0mg/dL** | | 0 - | 10 |
| **Cetonas** | **- 0mg/dL** | | 0 - | 2 |
| **Nitritos** | **Negativo** | | | |
| **Leucocitos** | **- 0leu/uL** | | 0 - | 25 |
| **MICROSCOPICO** | | | | |
| **Leucocitos** | **2** | uL | 0 - | 25 |
| **Hematíes** | **-** | uL | 0 - | 23 |
| **Células Epiteliales** | **1** | uL | 0 - | 31 |
| **Celulas Renales** | **-** | uL | 0 - | 31 |
| **Bacterias** | **Negativo** | uL | 0 - | 1200 |
| **Moco** | **Negativo** | uL | 0 - | 5 |
| **Levaduras** | **Negativo** | | | |
| **Hialinos** | **-** | | 0 - | 1 |

**OBSERVACIONES**
**Cilindros por ul**
**Cristales por ul**

JANES MARQUELA RIVERA
BACTERIOLOGA

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

| | HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL | Codigo | HC-SGI-01 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha | 2021/01/01 |
| | | Versión | 0 |

**Identificacion De Empresa**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Razon social | INDEPENDIENTE | | | | | Fecha | Dia | 8 | Mes | 9 | Año | 2023 | |
| Nit | | Dirección | | Barrio | | | | | | | | | |
| Telefono | 3155778913 | Ciudad | Buenaventura | | | | | | | | | | |
| Tipo De Examen | Pre-Ingreso X | Periodico | | Retiro | | Post-Incapacidad | | Otro | | | | | |



**DATOS DEL PACIENTE**

| Nombre y Apellidos | Cedula | Tipo De Sangre | Fecha Nacimiento | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | 1144095352 | B+ | 14 | 4 | 1997 |

| Nacionalidad | Edad | Telefono | Cargo |
|---|---|---|---|
| COLOMBIANA | 26 | 3155778913 | INGENIERO INDUSTRIAL |

| Dirección Residencia | Barrio | Estrato | Sexo | | | | EPS | ARL | PENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Etapa5ta casa 19 | CIUDADELA COLPUERTOS | 3 | F | | M | X | NUEVA EPS | POSITIVA | COLPENSIONES |

| Estado Civil | Soltero | X | Unión Libre | | Casado | | Viudo | | Separado | | Hijos | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Personas a Cargo | 0 | Tipo de vivienda | Propia | | Alquiler | | Familiar | X | | | | |
| Escolaridad | PROFESIONAL | Ultimo grado o semestre cursado | INGENIERO INDUSTRIAL | | | | | | | | | |
| Motivo de la consulta | VALORACION OCUPACIONAL | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad Actual | REFIERE SENTIRSE BIEN | | | | | | | | | | | |

**Historia Laboral Y Exposición Al Riesgo**

| Desde | | | Hasta | | | Empresa | Turno | F | Q | B | E | M | P | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | INDEPENDIENTE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**Antecedentes De Accidentes De Trabajo**

| Empresa | Parte Afectada | Fecha | | | Secuelas |
|---|---|---|---|---|---|
| | N/A | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Antecedentes Familiares**

| Enfermedad | Parentesco | Enfermedad | Parentesco |
|---|---|---|---|
| DIABETES | PADRE | | |
| HIPERTENSION ARTERIAL | MADRE | | |

**Antecedentes Personales**

| Patologias | Si | No | Cual | Patologias | Si | No | Cual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Congenitas | | X | | Neurologico | | X | |
| Infecciosas | | X | | Piel | | X | |
| Ojos - Agudeza visual | | X | | Osteomuscular | | X | |
| Oidos - agudeza auditiva | | X | | Alergias | | X | |
| Cardio vascular | | X | | Quirurgicas | | X | |
| Pulmonar | | X | | Psiquiatricas | | X | |
| Gastrointestinal | | X | | Hernias | | X | |
| Endocrinas | | X | | Digestivas | | X | |
| Traumas | | X | | Medicamentos | | X | |
| Genito urinario | | X | | Otros | | X | |

| Especificaciones | |
|---|---|

**Ginecobstetricos**

| Ciclos | IRREGULAR | Hijos vivos | 0 | Observaciones | |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gestaciones | 0 | FUR | N/A |
| Partos | 0 | Planificacion | PRESERVATIVO |
| Abortos | 0 | Ultima citologia | |
| Cesareas | 0 | Otros | AUTOEXAMEN TESTICULAR |

**Habitos**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fuma | Si | | No | X | Ocasional | | Actividad Deportiva | Si | | No | | Ocasional | X | Cual | FUTBOL |
| Alcohol | Si | | No | X | Ocasional | | Actividad Cultural | Si | | No | X | Ocasional | | Cual | |

**Examen Fisico**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tensión | 121/70 | Fc | 61 | Temperatura | 36.5 | Pulso | 80 | P. Abdominal | 93 | FR | 22 | | | | |
| Talla | 1,77 | Peso | 94 | IMC | 30.3 | Diestro | X | Zurdo | | Ambidiestro | | | | | |

**Observaciones**

| Observación | Normal | Anormal | No Examinado | Observación | Normal | Anormal | No Examinado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado nutricional | x | | | Lengua - Garinge - Amigdalas | x | | |
| Piel | x | | | Cuello - Tiroides | x | | |
| Ojo - Fondo de ojo | x | | | Torax -Senos | X | | |
| Agudeza Visual | x | | | Auscultación - Respiratorio | x | | |
| Conjuntiva-cornea-pupilas | x | | | Auscultacion Cardiaca | x | | |
| Oido Externo | x | | | Palpación de abdomen | x | | |
| Otoscopia | x | | | Genitales Externos | | | x |
| Nariz Externa | x | | | Columna Vertebral | x | | |
| Rinoscopia | | | x | Pulsos | x | | |
| Mucosa bucal y Dientes | x | | | Articulaciones | x | | |
| Neurologico | x | | | | | | |

**Valoración Osteomuscular**

| Sensibilidad | Normal | Anormal | No Examinado | REFLEJOS O/T | Normal | Anormal | No Examinado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MSD | x | | | MSD | x | | |
| MSI | x | | | MSI | x | | |
| MII | x | | | MII | x | | |
| MID | x | | | MID | x | | |
| CUELLO | x | | | Marcha | x | | |

| Arcos Movimientos Articular | Normal | Anormal | No Examinado | Balance Muscular | Normal | Anormal | No Examinado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hombro | x | | | HOMBRO | x | | |
| Codo | x | | | CODO | x | | |
| Muñeca | x | | | MUÑECA | x | | |
| Cadera | x | | | CADERA | x | | |
| Rodilla | x | | | RODILLA | x | | |
| Tobillo | x | | | TOBILLO | x | | |

Observaciones: GASTRITIS CRONICA

**Examenes Paraclicos y De Laboratorio**

| Examenes | Fecha | Resultado | Examenes | Fecha | Resultado |
|---|---|---|---|---|---|
| Espirómetro | | | Prueba de embarazo | | |
| Audiometría | | | Hemoclasificación y RH | 8 9 ## | SIN ALTERACIÒN |
| Optometría | 8 9 2023 | SIN ALTERACIÒN | Colesterol total | 8 9 ## | SIN ALTERACIÒN |
| Hemograma | | | Triglyceridos | 8 9 ## | SIN ALTERACIÒN |
| Glicemia | | | Serologia | | |

Diagnostico

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | NINGUNO | 3. | |
| 2. | | 4. | |

Concepto

| | |
|---|---|
| Apto | SI |
| No Apto | |
| Aplazado | |
| Apto con recomendaciones | |

| RECOMENDACIONES PARA EL AREA DE SST |
|---|
| Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo. |
| Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable. |
| Capacitación en higiene postural. |
| Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo. |
| Recibir y acatar el reglamento de higiene y seguridad industrial de la empresa |
| Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada. |
| Socializar y cumplir con el protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19. |

Firma especialista
Dra. EBLIN YADIRA RODRIGUEZ A.
Res. 0163 Master PRL

Pedro Arce
Firma del Paciente
PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO
C.c 1144095352

## Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 realizó el día 17/02/2024 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 PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 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.

Pedro Arce

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) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 realizó el día 21/02/2024 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) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 realizó el día 21/02/2024 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 realizó el día 21/02/2024 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1144095352 el día 17/02/2024 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 03/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 31945759 |
| **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 31945759 | GLADYS GONZALEZ RODRIGUEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 970 | 04/02/2024 | CC 1144095352 | ARCE MONTAÑO PEDRO | 1 | 0.522 | **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.**

92D64D0B0172DD4C8F173D3DB6E170BB Certificado impreso el día 2/3/2024 3:08:39 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

**PEDRO ANDRES**
**ARCE MONTAÑO**
1144095352

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

# Certificación Bancaria

Miércoles, 31 de enero de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO identificado(a) con CC 1144095352, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 91200821900 | 2019-06-21 | ACTIVO | ***** |

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| CALI | CALI | 45 | 45-46-101023380 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 05 | 02 | 2024 | 05 | 02 | 2024 | 00:00 | 30 | 04 | 2025 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | ARCE MONTAÑO PEDRO ANDRES | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :1,144,095,352 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CL 52 2 BIS -15 | CIUDAD: | CALI - VALLE | TELÉFONO: | 4315800 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,034-1 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CL 52 # 2BIS - 15 | CIUDAD: | CALI - VALLE | TELÉFONO: | 4315800 |
| 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.5833713 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDINACIÓN NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO, E INSTRUCCIONES DE LA REGIONAL Y/O EL CENTRO DE FORMACIÓN, PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES DE LA REGIONAL.

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 05/02/2024 | 30/04/2025 | $ 5,373,500.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 33,124.32 | $ 8,000.00 | $ 7,813.62 | $ 48,937.94 | $ 5,373,500.00 | CONTADO |

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

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

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

45-46-101023380
**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas**

Pedro Arce
**FIRMA TOMADOR**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

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

901003820A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101023380, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 5 días del mes de Febrero de 2024



**FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas**

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

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.45-46-101023380

**1. AMPAROS.**

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

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

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

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

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

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

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

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

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

**3. SUMA ASEGURADA.**

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

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670053612 33

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000053612332

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 06/02/2024 03:10p.m. |

**RECIBIMOS DE:** ARCE MONTAÑO PEDRO ANDRES — CC. 1.144.095.352

**LA SUMA DE:** Cuarenta y ocho mil novecientos treinta y siete pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000053612332

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CALI-46-101023380-0-1 | $41,123.00 | | $7,814.00 | $48,937.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 48,937.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 48,937.00
**OTROS:** $48,937.00

**TRANSACCION:** 0005361233

**TOTAL:** $48,937.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/6/2024 3:10:05PM

172.16.10.23

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA:** Buenaventura, 12 de Febrero de 2024

**PRESENTADO A**: Mauricio Gómez Betancourt, Subdirector

| **ORDEN DE VIAJE No:** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| 2724 | 06/02/2024 | 07/02/2024 |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA : ( ciudad)** |
| | Valle del Cauca | Santiago de Cali |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:** Jornada de inducción Retroalimentación, socialización lineamientos operativos y Estratégicos Emprendimiento 2024.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Durante la Jornada de inducción Retroalimentación, socialización lineamientos operativos y Estratégicos Emprendimiento 2024, se trataron los siguientes temas:

1. Lineamientos operativos y gestión documental mes a mes.
2. Socialización de los nuevos lineamientos y estrategias como Campesena y Full popular.
3. Explicación de validación del perfil del emprendedor.
4. Reporte en plataforma SIGE al 30 de cada mes.
5. Cuadro de mando de asesorías.
6. Seguimiento integral a la Puesta en Marcha.
7. Retroalimentación del Plan de Negocio.
8. Explicación de cada uno de los componentes del Plan de Negocio.
9. Retroalimentación del modelo financiero.

**RESULTADOS:**

De acuerdo a las actividades mencionadas anteriormente, se obtuvo lo siguiente:

1. Mejoramiento del modelo financiero.
2. Aclaración de dudas acerca de los componentes del Plan de Negocio.
3. Ampliación de conceptos.
4. Mejoramiento del reporte en plataforma SIGE.
5. Aclaración de dudas acerca de Puesta en Marcha.

**EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Jornada de inducción primer día.

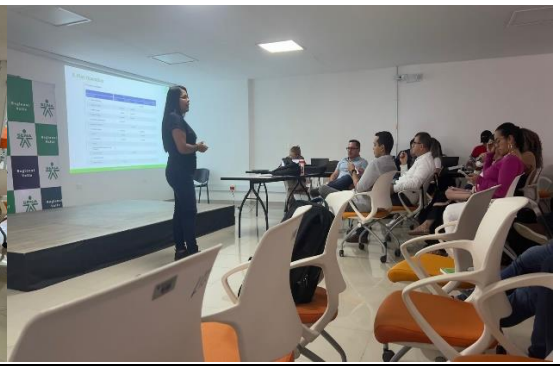








2. Jornada de inducción segundo día.

**3.** Soporte de tiquete



TRANSPORTES LINEAS DEL VALLE S.A.S
NIT: 900.638.515.5
VIGILADO ST
CENTRAL DE TRANSPORTES TEL. 225 9616
TAQUILLA 143 - 107 TULUA - VALLE

Buenaventura_ Cali | VALOR PASAJE $ 38.000
NOMBRE PASAJERO: Pedro Andrés Arce Montaño
COMPAÑIA ASEGURADORA: QBE SEGUROS S.A. | POLIZA No. 702721365
FECHA: 6/02/2024 | 196906 | HORA: 5:00 am
VEHICULO PLACA No. | No. INTERNO | SILLA No.
EXPRESO ☐ CORRIENTE ☒
SELLO Y FIRMA AUTORIZADO
JUSTO A TIEMPO!
TIQUETE DE VIAJE

TRANSPORTES LINEAS DEL VALLE S.A.S
NIT: 900.638.515.5
VIGILADO ST
CENTRAL DE TRANSPORTES TEL. 225 9616
TAQUILLA 143 - 107 TULUA - VALLE

Cali - Buenaventura | VALOR PASAJE $ 38.000
NOMBRE PASAJERO: Pedro Andrés Arce Montaño
COMPAÑIA ASEGURADORA: QBE SEGUROS S.A. | POLIZA No. 702721365
FECHA: 7/02/2024 | 196925 | HORA: 4:00 PM
VEHICULO PLACA No. | No. INTERNO | SILLA No.
EXPRESO ☐ CORRIENTE ☒
SELLO Y FIRMA AUTORIZADO
JUSTO A TIEMPO!
TIQUETE DE VIAJE

| COMPROMISOS | | |
|---|---|---|
| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
| **1.** | | |
| **2.** | | |

**CONCLUSIÓNES:**

Se realizaron dos jornadas de inducción en donde se realizó lo siguiente:

1. Retroalimentación de lineamientos de emprendimiento para el 2024 a todos los Centro del Valle del Cauca.
2. Explicación de cada uno de los componentes del Plan de Negocio.

Esta retroalimentación fue dirigida por el Líder Regional DARIO FIDEL MARTINEZ PANTOJA.

| DATOS DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
| Pedro Andrés Arce Montaño | Pedro Arce |

| VISTO BUENO SUPERVISOR | | |
|---|---|---|
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
| | | |

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHmgomezb | MAURICIO GOMEZ BETANCOURT |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-076-912610 | CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | martes, 6 de febrero de 2024 | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 2724 | **Fecha Solicitud** | 2024-02-06 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-912610 CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-02-06 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | EMPRENDIMIENTO | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 2024 | **Dependencia Solicitante** | 912610 CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO | CC: 1144095352 | CONTRATISTA | Autorizada | 2024-02-06 | 2024-02-07 | VALLE / BUENAVENTURA | VALLE / CALI | 1,5 | No | 50 | 1,5 | 4.885.000,00 | 342.557,00 | 513.836,00 | 119.753,00 | 633.589,00 | JORNADA DE INDUCCIÓN, RETROALIMENTANCIÓN, SOCIALIZACIÓN LINEAMIENTO OPERATIVOS Y ESTRATEGICOS EMPRENDIMIENTO 2024 EL 06-07 FEBRERO 2024 EN LA CIUDAD DE CALI. |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **513.836,00** | **119.753,00** | **633.589,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

JORNADA DE INDUCCIÓN, RETROALIMENTANCIÓN, SOCIALIZACIÓN LINEAMIENTO OPERATIVOS Y ESTRATEGICOS EMPRENDIMIENTO 2024 EL 06-07 FEBRERO 2024 EN LA CIUDAD DE CALI.

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 94400100 | Nombre: | MAURICIO GOMEZ BETANCOURT | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA - VALLE |

## VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 520824264339496578729996
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Localizacion: BOGOTA D.C.
Hora de firma: 2024/02/06 09:30:03 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHmgomezb | MAURICIO GOMEZ BETANCOURT |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-076-912610 | CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | martes, 6 de febrero de 2024 | |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | VANESSA TORRES BANGUERA | Fecha Verificación: | 06/02/2024 9:22:18 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: MAURICIO GOMEZ BETANCOURT
Cédula de ciudadanía: 94400100
Usuario SIIF: MHmgomezb
6/02/2024 9:30:22 a. m.



Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.