SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**65338-629364**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	11.324.316	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	romontoya@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	473170012966
IP/Nº de contacto:	1	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6468525/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**79724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de Contabilidad de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.709.100
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.709.100
Valor Bruto Pago:			**$ 4.316.650,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.392.450

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.650	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.316.650**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.550.385**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	**Junio**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**181527725**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.669.105	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 208.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 267.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.800	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 431.665	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 850.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.550.385,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.840.850,00	
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 - BOGOTÁ	37.103,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.279.547,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación en las fichas: 2922147 – 3, 2874160 – 3, 2874154 – 3, 2874157 – 1 en jornadas noches y fin de semana.

Orientar el proceso de Inducción en las fichas 2996844-2996858-2996859-2996862 jornada madrugada.

Participar en el proceso de alistamiento primera semana de actividades.

Realizar cursos de inducción al SST y la política y manual de discapacidad.

Preparar actividades y material de apoyo al proceso de formación.

Aplicar técnicas e instrumentos de evaluación del aprendizaje en las fichas t el programa asignado.

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

RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA
INSTRUCTOR G19

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/07/24 05:48:33 USUARIO: SIC - C.C. 11324316

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

181527725

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio; - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo B. Subsidiado X

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Montoya	Oviedo	Rafael	Orlando

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	17324316	Femenino Masculino X	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA		$ 1786.200

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Dg 48 Sur Nº 18-47 Tunjuelito	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3124590751	rafamon109@yahoo.es

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogotá	Urbana X Rural		Bta DC

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Centro Medico Nral - odontosanitas	
B		
B		
B		

KPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D 0 7 2 0 2 4)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Rafael Pontaza.	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC) TOTAL [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA SU VERIFICACIÓN POR LA EPS
02 JUL 2024

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Enlace y Desarrollo	RECIBIDO POR:	901173842.

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047249966

(415)7707212489984(8020) 000014104724996 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 3 2 4 3 1 6	3	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

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 3 2 4 3 1 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTOYA	OVIEDO	RAFAEL	ORLANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal
CL 16 7 61 CENTRO

42. Correo electrónico rafamon109@yahoo.es

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

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
6 9 2 0	2 0 0 8 0 4 0 3	8 5 4 1	2 0 0 9 0 1 0 1	0 0 1 0 / 8 5 4 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

SERVISALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

NIT. 830126321-5
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución No. 14510 de 28-11-2018 de la SDS



FECHA 13-ene.-2022 **HORA** 13:56:01
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Rafael Orlando Montoya Oviedo
Edad 45 años 11 meses 22 dias
Documento de Identificación: CC Número: 11324316
Cargo INSTRUCTOR

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometría
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , EXPLICO PAUSAS ACTIVAS VISUALES, FRECUENCIA DE PARPADEO , LUBRICANTE OCULAR, CONTROL SEGÚN P V E DE LA EMPRESA
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO , EXPLICO PAUSAS ACTIVAS VISUALES, FRECUENCIA DE PARPADEO , LUBRICANTE OCULAR, CONTROL SEGÚN P V E DE LA EMPRESA

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL PERFIL LIPIDICO: NORMAL

Otras Recomendaciones: Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al día. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable, 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorios y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral.12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables.

14/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. / MUSCULOESQUELETICO: Normal, / CARDIOVASCULAR: Normal, / FONOAUDIOLOGIA: Normal, / PSICOMETRICO: Normal, / CUADRO HEMATICO: Normal. / REMISION A EPS?: NO.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Henry Orozco Solano
Med Esp. Salud Ocup.
Reg. Med. 0050-06 - Licencia 70921

Nombre: HENRY OROZCO SOLANO
RM. 72264756 Lic.SO:

Trabajador

Firma

Nombre: Rafael Orlando Montoya Oviedo
CC N° 11324316

Huella

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

NIT 830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

N° Identificación: CC 11324316
Paciente Rafael Orlando Montoya Oviedo **Edad** 45 años 11 meses 22 dias
Direccion CENTRO **Telefono** 3124590751
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** jueves, 13 de enero de 2022

LABORATORIO

GLICEMIA: NORMAL PERFIL LIPIDICO: NORMAL

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Lectura	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	94	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	118	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	56	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	57	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	21	Enzimático	mg/dL	< 150

REALIZADO POR:
FRANCY MILENA CHAVARRIO CAÑAS
BACTERIOLOGA UCMC
T.P. 1022981858

Francy M. Chavarrio C.
BACTERIOLOGA UCMC
T.P. 1.022.981.858

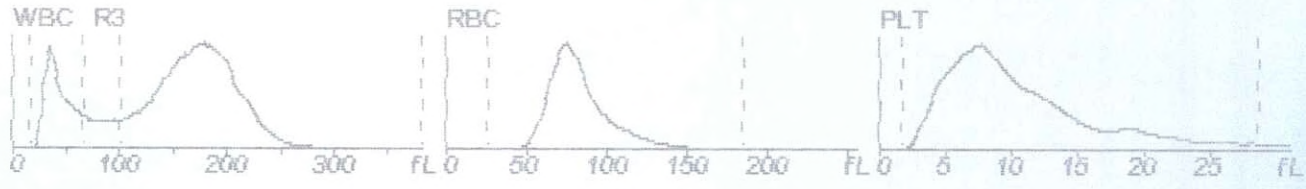
MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

CUADRO HEMATICO IV

ID: 11324316 Modo: Completa Hora: 13-01-2022 10:02
Nombre: RAFAEL ORLANDO MONTOYA Sexo: Varón Edad: 45 años
N.° hª clín.: N.° cama: Dept.: LABORATORIO

Parámetro		Result.		Rango ref.
WBC		9.4	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.8	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.7	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		6.9	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%	L	19.2	%	20.0 - 40.0
Mid%		7.6	%	3.0 - 15.0
Gran%	H	73.2	%	50.0 - 70.0
HGB	H	16.7	g/dL	12.0 - 16.0
RBC	H	5.88	x 10^12/L	4.00 - 5.50
HCT		51.3	%	40.0 - 54.0
MCV		87.4	fL	80.0 - 100.0
MCH		28.4	pg	27.0 - 34.0
MCHC		32.5	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		15.4	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		48.4	fL	35.0 - 56.0
PLT		200	x 10^9/L	100 - 300
MPV		8.4	fL	6.5 - 12.0
PDW		16.1		9.0 - 17.0
PCT		0.168	%	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.:FRANCY CHAVARRIO Compr.:

Francy M. Chavarrio C.
BACTERIOLOGA UCMC
T.P. 1.022.981.858

Hace constar:

Que el Sr(a) RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11324316 realizó el día 19/07/2024 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 RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11324316 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.

Rafael Montoya Oviedo

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11324316 el día 19/07/2024 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, **RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO** identificado con **CC** No. **11324316**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 03/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401017221326.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **15/07/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SENA CSF

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **11324316**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**473170012966**
Fecha de apertura	**13/05/2011**

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-46-101094123	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
28	06	2024	27	06	2024	00:00	17	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO			C.C. :11,324,316
DIRECCIÓN: CL 16 7 61	CIUDAD: GIRARDOT - CUNDINAMARCA		TELÉFONO: 3124590751

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS REGIONAL DISTRITO CAPITAL			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CRA 13 NO 65-10	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 5950060
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.6468525 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS FINANCIEROSEN EL ÁREA TEMÁTICA DE CONTABILIDAD DE LOS PROGRAMAS PRESENCIALESDE ACUERDO CON LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ATENDIENDO LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/06/2024	17/04/2025	$ 2,470,910.00

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	$ 2,470,910.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ	220531	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 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101094123

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101094123, 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 28 días del mes de Junio 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 21461010941230

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO — C.C. C.C. :11,324,316
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101094123

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101094123 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ - 220531	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 21461010941230

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO — C.C. C.C. :11,324,316
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101094123

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101094123 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 33,320.00
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ - 220531	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		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.21-46-101094123

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

CUFE: 347fc4504dd4599d95cf25288ab25ba3a77d6e27e203eaa8512cfe690100cc6dc3f0e71302eadb3a62bfa1fa5059ea7d

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 21G-689496

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 28 06 2024

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764053579408. Fecha de vigencia desde 2023/08/11 hasta 2025/02/11 Con Prefijo 21G, Desde 500001 A 2000000.
Autoriza DE 500001 AL 2000000

Fecha validación Dian:2024/06/28 14:21:41

Razón Social:	MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO
Cédula de ciudadanía:	11324316
Dirección:	CL 16 7 61
Teléfono:	8351419
E-mail:	RAFAMON109@YAHOO.ES

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 21 - 101094123 - 0	unidad	1	28.000,00	28.000,00

Total
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

Subtotal	28.000,00
Impoconsumo	0.00
IVA	5.320,00
Total	33.320,00

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1100513580107-6

(415)7709998021167(8020)11005135801076(3900)000000033320(96)20250627

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860009578-6
RECIBO DE CAJA Nº 33545085

Expedido en	Sucursal	Código Sucursal	Fecha de Pago	Clave	Intermediario
BOGOTA, D.C.	OFICINA PRINCIPAL	1	28/06/2024	220531	JUAN RAUL GUERRERO GUTIERREZ

Tomador:	RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO	**NIT/CC** 11324316
Suma de:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.******	
Pagador:	RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO	**NIT/CC** 11324316
Por concepto de:	APLICACION PORTAL DE RECAUDOS #856884433	

Suc-Ramo-Póliza-Endoso-Cuota	Prima	Gasto	IVA	Runt	Valor
21-ANTIGUO COUNTRY-46-CU. ENTIDAD.EST.ONL-101094123-0-1	$20.000,00	$8.000,00	$5.320,00	$0,00	$33.320,00

Otros conceptos de pago	Valor
CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES	$33.320,00

Forma de pago		
AHORRO	**Ahorro:**	$33.320,00
	Corriente:	$0,00
	Tarjeta:	$0,00
	Otro:	$0,00
Transacción: 16408347	**Total:**	**$33.320,00**
	Cajero:	PAGUESTADO

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá D.C., 15 de julio de 2024

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

La Ciudad

Asunto: Información De Dependientes Para Efectos De Hacer Uso Del Beneficio Tributario De Deducible De La Base Gravable De Retención En La Fuente.

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

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE	PARENTESCO
Tarjeta de Identidad	1.011.327.542	SAMUEL MARCELO MONTOYA GOMEZ	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: Rafael Orlando Montoya Oviedo

Documento: 11.324.316

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011327542

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50464053

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 62 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1072

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTOYA	GOMEZ

Nombre(s)
SAMUEL MARCELO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes ENE Día 21	Masculino	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11196436-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GOMEZ RIVERA MARIA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1070324877 de EL COLEGIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11324316 de GIRARDOT	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11324316 de GIRARDOT	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2012 Mes ENE Día 30	CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTO INSCRITO LIBRO DE VARIOS TOMO 039 FOLIO 001 DE LA NOTARIA 62 DE BOGOTA D.C.

CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO
NOTARIO 62 DE BOGOTA D.C

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO - DOCUMENTO CONTROLADO

IDENTIFICÓ Y CONFRONTÓ
JOHANA