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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**63318-409764**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.075.662.915	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	idc.arquitecturayconcreto@gmail.com	**Número de Cuenta:**	33870653439
IP/Nº de contacto:	3194350083	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7456495/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: REGULAR FIC-CONSTRUCCION DE VIAS. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO Y/O TECNÓLOGICO DEL PROGRAMA FIC, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/02/2025** **Al** **28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.834.913
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.834.913
Valor Bruto Pago:	**$ 2.606.389,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.228.524

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.606.389	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	**$ 2.606.389**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.495.050**	**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		----------	**0000**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.233.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 154.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 197.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 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		$ 260.639	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 499.000	
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	1.495.050,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.254.689,00	
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 - VILLETA	18.038,00	0,800%
-	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	**$2.588.351,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se orientó formación de acuerdo con competencias programadas de los programas de formación titulada correspondiente a: Ficha 2996555 técnico en construcción de vías en el municipio de Yacopí, competencia: 280301052-construir filtros de acuerdo a normas, planos y especificaciones, cuyos resultados de aprendizaje fueron los presentados a continuación: utiliza técnicas de replanteo según procedimientos técnicos y planos, asume posiciones ergonómicas de acuerdo con el tipo de actividad, describe detalles constructivos de de acuerdo con planos y especificaciones técnicas, clasifica filtros de acuerdo con tipos, interpreta datos de medición de acuerdo con tipo de filtro; participación en reunión con el coordinador y con el subdirector en la sub - sede pacho los días 17 de febrero de 18 de febrero de 2025 revisión de nuevas normativas, planeación, lineamientos de formación y entrega de informes.

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

DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ
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,

JAVIER ROMAN BALLEN VEGA
INSTRUCTOR G17

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ identificado(a) con CC. 1075662915 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2020/08/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**IPS INTEGRA SALUD 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 02 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1075662915,** se encuentra afiliado/a desde **05/05/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

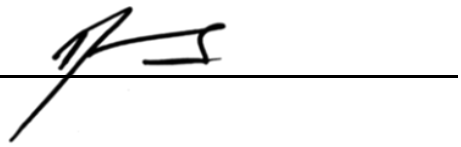
Yo, Diego Arnoldo Caicedo Suarez con documento de identificación No. 1075662915

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, hasta el 23 de Diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA Yacopí, 24/02/2025

FIRMA 

ORGANISMO: SENA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14917814591

(415)7707212489984(8020) 000001491781459 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 5 6 6 2 9 1 5	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 5 6 6 2 9 1 5	2 0 0 9 0 2 0 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAICEDO	SUAREZ	DIEGO	ARNOLDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 39 4 188

42. Correo electrónico: dacsyjacs@gmail.com

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

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
4 2 9 0	2 0 1 3 0 5 2 2	7 1 1 1	2 0 1 3 0 5 1 4	4 1 1 1 / 4 1 1 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 2 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 06 - 01 / 10 : 50: 34

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 CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

OCUPACIONAL SALUD
NIT. 4612476-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR



FECHA: 03 DE JULIO 2024
NOMBRE: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ
CC / ID: 1075662915
Tipo de Examen INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] TRABAJO EN ALTURA [ ]

INFORMACION GENERAL

EMPRESA: SENA NIT:
CARGO: INSTRUCTOR

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
CARDIOVASCULAR	NORMAL	COLESTEROL TOTAL SI
HEMOCLASIFICACIÓN **O+**	**ESTATURA: 1,68/ PESO: 73kg**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		X	REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
¿Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósit o del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación e ilimitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y veridicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO(SI)

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

1) TENER UNA ADECUADA ALIMENTACION E HIDRATACION DIARIA DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO
2) REALIZAR DIARIAMENTE EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y RELAJACION MUSCULAR.
3) USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS
4) CAPACITAR EN LA PREVENCION DELOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR
5) CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

6) SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA.
7) VERIFICAR EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS Y REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR.
8) REALIZAR ENTRENAMIENTO CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS Y PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU OCUPACION. LOS HOMBRES NO DEBEN MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25KG O 50KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA.
9) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO, SEGÚN LOS PROGRAMAS DE LA EMPRESA, ACOMPAÑADAS DE EJERCICIOS DE RESPIRACION CON INSPIRACIONES PROFUNDAS Y LENTAS.
10) MEJORARPOSTURAS Y HABITOS POSTURALES TANTO EN POSICION SENTADO COMO DE PIE.
11) IMPLEMENTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE SEGUIMIENTO DE RIESGO QUIMICO SEGÚN EL GRADO DE EXPOSICION.

RECOMENDACIONES OSTEOMUSCULARES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: CON EL EXAMEN MEDICO FUNCIONAL Y ANATOMICO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA VERTEBRAL, REALIZADOEN REPOSO, NO SE LOGRO EVIDENCIAR ATROFIAS O LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, NI DOLOR, NI ALTERACIONES QUE PUEDAN AUMENTAR EL RIESGO PARA SU SALUD Y SEGURIDAD.SE DEBEN IMPLEMENTAR TODAS LAS MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION PARA PREVENIR PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES Y ACCIDENTESLABORALES.

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la ley para el examen Médico Laboral,por consiguiente, certifico que he autorizado para que se efectue ,incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que esten establecidas para el cargo dentro del programa de salud de la empresa ,igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que esten establecidos (Resolucion 2346/07).El examinado autoriza para que a traves del médico de la empresa ,esta conozca el certificadfo medico de ingrso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales *CONSIDERACIONES LEGALES A CERCA DE LOS EXAMENES MEDICOS ingreso, Pre-ocupacional O Pre-ingreso :La resolución 1918 de junio 5 de 2009 y la resolución 2346 del 11 de julio de 2007 del ministerio de la protección social (actualmente Ministerios de Trabajo y de la Salud Protección social) reglamentan lasevaluaciones medicas ocupacionales ingrso, Pre-ocupacional O Pre-ingreso ,con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar ,acorde con el perfil de cargo definido por el empleador .tambien establece que la Empresa Usaria solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL ingreso ,Pre-Ocupacional O Pre-ingreso DEL TRABAJADOR.losdocumentos completos de la historia clínica laboral están sometidos a reserva profesional institucional de Salud Domiciliaria y Empresarial y quedan bajo nuestra guarda u custodia ,según lo establecido en las normas vigentes .El trabajador puede obtener una copia de ellos y sus exámenes paraclínicos cuando lo requiera , entendiendo que hacen parte integral de su Historia Clinica.

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico laboral y del Trabajo, los representantes de empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejorar mi estado de salud



LICENCIA R.M 204176 DE 2017

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DE PACIENTE

Sede / Orden: 75 / 3002375	**Fecha: 03/07/2024**	**Convenio: PARTICULAR**
Paciente: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ	**Identificación: 1.075.662.915**	**Edad:33 AÑOS** **Sexo: M**
Tipo de paciente: AMBULATORIO		
Optómetra: EDWIN TRUJILLO GOES		
Dirección: TRANSV 74 F # 40 B – 06		

INFORME DE OPTOMETRÍA.

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

MOTILIDAD: HSCHBERG SIMÉTRICO, ORTOLÓGICO, DUCCIONES Y VERSIONES CONSERVADAS

- ANEXOS: PARPADOS Y VÍA LAGRIMAL NORMAL
- MOVIMIENTOS OCULARES DUCCIONES Y VERSIONES NORMAL
- BIOMICROSCOPIA: AMBOS OJOS CORNEA TRANSPARENTE, CAMARA ANTERIOR FORMADA, PUPILAS REDONDAS REACTIVAS, CRISTALINO TRANSPARENTE
- VISIBILIDAD: NORMAL

FONDO DE OJO: NORMAL

ID: NORMAL

OPTICA LOS ANDES

Edwin Trujillo Goyes
OPTOMETRA
Reg. Prof. M.S.P.
No. 0401560982
Cod. 0415

Sede / Orden: 75 / 3002375	**Fecha: 03/07/2024**	**Convenio: PARTICULAR**
Paciente: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ	**Identificación: 1.075.662.915**	**Edad:33 AÑOS** **Sexo: M**
Tipo de paciente: AMBULATORIO		
Optómetra: EDWIN TRUJILLO GOES		
Dirección: TRANSV 74 F # 40 B – 06		

INFORME DE OPTOMETRÍA.

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

MOTILIDAD: HSCHBERG SIMÉTRICO, ORTOLÓGICO, DUCCIONES Y VERSIONES CONSERVADAS

- ANEXOS: PARPADOS Y VÍA LAGRIMAL NORMAL
- MOVIMIENTOS OCULARES DUCCIONES Y VERSIONES NORMAL
- BIOMICROSCOPIA: AMBOS OJOS CORNEA TRANSPARENTE, CAMARA ANTERIOR FORMADA, PUPILAS REDONDAS REACTIVAS, CRISTALINO TRANSPARENTE
- VISIBILIDAD: NORMAL

FONDO DE OJO: NORMAL

ID: NORMAL

OPTICA LOS ANDES

Edwin Trujillo Goyes
OPTOMETRA
Reg. Prof. M.S.P.
No. 0401560982
Cod. 0415

HAROLD WILSON CABALLERO B.
BACTERIÓLOGO
DIRECCION: TRANSV 74 F # 40 B-06 7

FECHA: 03-07-2024
HORA: 06:25 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ
DOCUMENT: CC/TI: 1.075.662.915
EDAD: 33 AÑOS

PRUEBAS (QUIMICA SANGUINEA)	RESULTADOS	V.R
GLICEMIA PRE	89mg/dl	60/110mg/dl
COLESTEROL	121mg/dl	H. 200mg/dl
TRIGLICERIDOS	90mg/dl	H. 150mg/dl
COL HDL	56mg/dl	Mayor a 45 mg/dl
COL LDL	98mg/dl	Menor a 150mg/dl



E-MAIL: HAROLDCABALLERO2022C@GMAIL.com

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

FECHA: 03 DE JULIO 2024
NOMBRE: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ
CC / ID: 1075662915

SUBCALA DE ANSIEDAD SUBESCALA DE ANSIEDAD

1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	NO
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?	NO
3	¿Se ha sentido muy irritable?	NO
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	NO
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	NO
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?	NO
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	NO
8	¿Ha estado preocupado por su salud?	NO
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	NO

14 o mas positivos es criterio de valoración

TOTAL ANSIEDAD=0 PUNTOS

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)
SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1	¿Se ha sentido con poca energía?	NO
2	¿Ha perdido interés por las cosas?	NO
3	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	NO
4	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	NO
5	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO
6	¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	NO
7	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	NO
8	¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	NO
9	¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	NO

TOTAL DEPRESIÓN=_0 PUNTOS



La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas,. Aunque pueden existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas.. Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves.

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1075662915 realizó el día 24/02/2025 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 DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1075662915 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.

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) DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1075662915 el día 24/02/2025 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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ** identificado con **CC** No. **1075662915**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 202501012848748.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Certificado Bancario

Miércoles, 24 de febrero de 2025

Señor(a)
A quien interese

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ identificado(a) con CC 1075662915, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33870653439	2011/06/14	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-46-101074639	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
11	02	2025	11	02	2025	00:00	23	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,075,662,915
DIRECCIÓN:	CR 39 4 188	CIUDAD:	PACHO - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	3102461500

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO ADMINISTRATIVO CDAE			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CL. 2 #13 – 3	CIUDAD:	VILLETA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	0
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.7456495 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: FIC REGULAR-CONSTRUCCION DE VIAS. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNOLOGO Y/O TECNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACION DEL NIVEL TECNICOY/O TECNOLOGICO DEL PROGRAMA FIC, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES, LA PROGRAMACION ESTABLECIDA Y LOS PRODUCTOS DE FORMACION PACTADOS DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL - REGIONAL CUNDINAMARCA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	11/02/2025	23/04/2026	$ 4,783,491.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,855.91	$ 8,000.00	$ 5,862.62	$ 36,718.53	$ 4,783,491.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
AGENCIA DE SEGUROS LAP	174262	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 CARRERA 13A NO 96-66 - TELÉFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-46-101074639
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. 11-46-101074639, 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 11 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 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.

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 11461010746390

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO C.C. C.C. :1,075,662,915

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DIECIOCHO CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 11-46-101074639

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BOGOTA - CU. ESTATAL - 101074639 - 0 - 0	$ 22,855.91	$ 8,000.00	$ 5,862.62	$ 36,718.53

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 36,718.53
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS LAP - 174262	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 36,718.53
		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°:** 11461010746390

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO C.C. C.C. :1,075,662,915

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DIECIOCHO CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 11-46-101074639

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BOGOTA - CU. ESTATAL - 101074639 - 0 - 0	$ 22,855.91	$ 8,000.00	$ 5,862.62	$ 36,718.53

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 36,718.53
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS LAP - 174262	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 36,718.53
		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.11-46-101074639

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57715467

57715467

NUIP 1.069.101.804

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J I V

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

REGISTRADURIA DE NEMOCON - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - NEMOCON

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
CAICEDO	BALLESTEROS	ISAAC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes NOV Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA ZIPAQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14055672-2

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BALLESTEROS LOPEZ DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.069.099.549	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.662.915	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO SUAREZ DIEGO ARNOLDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.075.662.915	

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 2017 Mes DIC Día 13	JUVENAL ALDANA MUÑOZ - REGISTRADOR Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner
REDMI NOTE 8
48MP QUAD CAMERA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villeta, 24 de febrero de 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1069101804**	**ISAAC CAICEDO BALLESTEROS**	**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: DIEGO ARNOLDO CAICEDO SUAREZ

C.C. 1075662915