| | |
|---|---|
|  | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**<br><br>**FORMATO ACTA DE INICIO** |

**ACTA DE INICIO**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO No:** | CO1.PCCNTR.1787731 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | Prestación de Servicios |
| **OBJETO:** | Prestar servicios personales de carácter temporal como apoyo administrativo para la gestión e implementación del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el eje de Higiene y Seguridad del Centro Agroindustrial Meta en sus sedes Hachón y los Naranjos. |
| **VALOR:** | $5.100.000 |
| **CONTRATISTA:** | Juan Carlos Moreno Rojas |
| **NIT:** | 86053110 |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | Rafael Ángel Aguilera Martínez |
| **SUPERVISOR DESIGNADO:** | Rafael Ángel Aguilera Martínez |
| **PLAZO:** | Dos (2) Meses y Veinticinco (25) días |
| **LUGAR DE EJECUCION:** | Departamento del Meta |

En la ciudad de Villavicencio a los Veintiún (21) días del mes de Agosto de 2020, entre los suscritos Rafael Ángel Aguilera Martínez, identificado con la cédula de ciudadanía N° 474491 de Cumaral - Meta en calidad de Subdirector (E) Centro Agroindustrial del Meta por el SENA, y por la otra Parte Juan Carlos Moreno Rojas identificado con cédula de ciudadanía No. 86053110 de Villavicencio, en calidad de CONTRATISTA, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato No. CO1.PCCNTR.17877 del 21 de Agosto de 2020, bajo los términos que anteceden y los siguientes:

**Número y fecha del registro presupuestal: 68920 del 21 de Agosto de 2020**

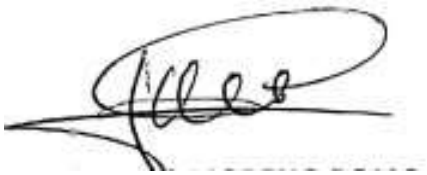
**Fecha de aprobación de las garantías:** 21 de Agosto de 2020

**Fecha de inicio:** 21 de Agosto de 2020

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.



**Rafael Ángel Aguilera Martínez**
**EL SENA**



**Juan Carlos Moreno Rojas**
**EL CONTRATISTA**



**Rafael Ángel Aguilera Martínez**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| ivolab s.a.s | **LABORATORIO CLINICO IVOLAB SAS**<br>**CONCEPTO MEDICO – LABORAL**<br>**EMPRESA:** PARTICULAR |  | CODIGO: REG:45<br>VERSION: 1<br>FECHA: 01/01/16<br>PAG 1 DE 1<br>HCO: 29-120 |
|---|---|---|---|

**INGRESO (X)** **EGRESO ( )** **PERIÓDICO ( )** **OSTEOMUSCULAR ( )** ***ALTURAS (X)***

- ***DATOS PERSONALES:***

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JUAN CARLOS MORENO ROJAS | | | **EDAD:** | 43 AÑOS | **EPS** | SANITAS |
| **DOCUMENTO:** | 86.053.110. | **CARGO:** | HSEQ | | | **ARL** | COLMENA |

- ***CONCEPTO DE APTITUD LABORAL:***

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **APTO PARA EL CARGO** | **X** | APLAZADO | | PERIODICO CON SINTOMAS DE ENFERMEDAD | | **APTO PARA ALTURAS** | **X** |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | NO APTO | | RETIRO SATISFACTORIO | | NO APTO PARA ALTURAS | |

- ***RECOMENDACIONES Y/O COMPROMISOS GENERALES***

| | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE EPP APROPIADOS | X | ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION | X |
| HIGIENE POSTURAL | X | MANTENER ESQUEMA DE VACUNACION | X |
| INDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO | X | CUMPLIR LAS NORMAS HSEQ DADAS | X |
| PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO | X | TRABAJO EN EQUIPO | X |
| MEDIDAS DE TRABAJO SEGURO | X | REPORTAR CONDICIONES INSEGURAS | X |
| PROTECCION AL MEDIO AMBIENTE | X | PORTAR CARNET DE AFILIACION A EPS Y ARL | X |

- ***RECOMENDACIONES Y/O COMPROMISOS ESPECIFICOS:***

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIETA SALUDABLE | | AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL | |
| EJERCICIO REGULAR | | CONTINUAR MANEJO MEDICO POR ARL | |
| BAJAR DE PESO | | SE PRESCRIBE TRATAMIENTO | |
| MEDIDAS ANTI - VARICES | | REMISION A EPS | |
| USO CORRECCION VISUAL | | AYUDAS ERGONOMICAS | |
| **OBSERVACIONES: NINGUNA** | | | |

- ***INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SVE)***

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDITIVO | | RESPIRATORIO | |
| VISUAL | | CARDIOVASCULAR | |
| ERGONOMICO | | QUIMICO | |

**LUGAR Y FECHA DE EVALUACIÓN MEDICO-OCUPACIONAL: VILLAVICENCIO 28 DE JULIO DE 2020**

Cristancho Mendoza Arenas
C.C. 91 105 781
Medico y Cirujano RM 50-162/97
Especialista Auditoria en Gerencia en Salud y Administración
Salud Ocupacional - L.S.O 601/10

***Dr. Cristancho Mendoza Arena***
***Médico Cirujano General 50-162/1997***
***Especialista SO LIC 601/2010***

86053110

***FIRMA DEL ASPIRANTE Y CC***

Escaneado con CamScanner

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

## *HACE CONSTAR*

*Que el(los) cliente(s):*

***JUAN CARLOS MORENO ROJAS*** *Identificado con* *CC86053110*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0505 VILLAVICENCIO, con las siguientes características:

### ***CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS***

| | | |
|---|---|---|
| *Número* | : | *24046344687* |
| *Fecha de Apertura* | : | *25 de julio de 2014* |
| *Condiciones de Manejo* | : | *Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector* |
| *Estado* | : | *CUENTA ACTIVA* |

Esta constancia se expide con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO
Realizada en la oficina 0057 PLAZOLETA CENTAUROS de la ciudad de VILLAVICENCIO, el día sábado, 29 de junio de 2019.

Cordialmente,

***Efectuado por:***
L3A7R2N9 - LADY PAOLA ANGULO RAMIREZ

***FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14576173913

(415)7707212489984(8020) 000001457617391 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 5 3 1 1 0 | 2 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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 | 8 6 0 5 3 1 1 0 | 1 9 9 5 0 6 1 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | ROJAS | JUAN | CARLOS |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 14 A 30 A 22 BRR CEDRITOS

42. Correo electrónico: jclomoreno@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 6 7 9 9 3 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 6 0 2 0 1 | 0 0 1 0 | 2 0 1 2 0 2 0 1 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS MORENO ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86053110 realizó el día 31/08/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **VILLAVICENCIO** | **VILLAVICENCIO** | **30** | **30-44-101038863** | **0** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **21** | **08** | **2020** | **21** | **08** | **2020** | **00:00** | **14** | **03** | **2021** | **23:59** | **EMISION ORIGINAL** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **MORENO ROJAS, JUAN CARLOS** | | **CC: 86.053.110** |
| DIRECCIÓN: CRA 14 A N 30 A 22 | CIUDAD: VILLAVICENCIO, META | TELÉFONO: | 3150111 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL META** | | **NIT: 899.999.034-1** |
| DIRECCIÓN: KM 1 VIA ACACIAS | CIUDAD: VILLAVICENCIO, META | TELÉFONO | 6825505 |

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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARRROLLO DEL CONTRATO CO1.PCCNTR.1787731 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA GESTION E IMPLEMENTACION DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL EJE DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL CENTRO AGROINDUSTRIAL META EN SUS SEDES HACHON Y LOS NARANJOS.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | **21/08/2020** | **14/03/2021** | **$510,000.00** |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,050.00 | $ *******7,000.00 | $ *******5,139.00 | $ **********32,190.00 | $ *********510,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| OFELIA DEL RIO VARGAS | 30031 | 100.00 | | | |

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

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELEFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO***

30-44-101038863

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| VILLAVICENCIO | VILLAVICENCIO | 30 | 30-44-101038863 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 08 | 2020 | 21 | 08 | 2020 | 00:00 | 14 | 03 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | MORENO ROJAS, JUAN CARLOS | | CC: 86.053.110 |

| DIRECCIÓN: | | CIUDAD: | | TELÉFONO: | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CRA 14 A N 30 A 22 | | VILLAVICENCIO, META | | 3150111 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL META | | NIT: 899.999.034-1 |

| DIRECCIÓN: | | CIUDAD: | | TELÉFONO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | KM 1 VIA ACACIAS | | VILLAVICENCIO, META | | 6825505 |

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,050.00 | $ *******7,000.00 | $ *******5,139.00 | $ ***********32,190.00 | $ *********510,000.00 | CONTADO |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. |
|---|---|---|
| OFELIA DEL RIO VARGAS | 30031 | 100.00 |

**DISTRIBUCION COASEGURO**

| NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

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

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 38 NO. 33 - 45/49 - TELEFONO: 6623707 - VILLAVICENCIO***

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

(415)7709998021167(8020)11006102557873(3900)000000032190(96)20210821

**REFERENCIA PAGO:**

**1100610255787-3**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**