SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**58827-194585**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANDERSSON URIBE PARADA
Correo electrónico contratista: auribep@sena.edu.co
C.C. 80.183.417 **IP/Nº de contacto** 15007

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE OCCIDENTE **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 221805765

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1913735/2020 **Nº Compromiso SIIF** **61920**

Valor Total del Contrato	$ 6.991.506	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.991.506	**1**	**Del**	**19/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 1.962.528,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.028.978		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.962.528		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 1.962.528**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.136.981**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**45533528**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 21.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 196.253	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 378.994	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.136.981,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.712.228,00	
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	16.540,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.945.988,00**	

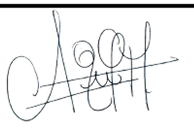
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a funciones administrativas

-Revisión de portafolios de aprendices entregados según formulario en línea

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.



ANDERSSON URIBE PARADA
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,

GERMAN GILBERTO ALARCON ROZO
INSTRUCTOR G20

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **andersson uribe parada**, identificada con **CC** número **80183417**, aportó por el empleado **ANDERSSON URIBE PARADA**, identificado(a) con **CC** número **80183417** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **45533528** para el periodo de salud **2020-09** y pensiones **2020-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	59	0															0		30	$1.471.896	0,12500			$184.000	$0	$0	Septiembre - 2020	45533528	28/09/2020	N
Riesgos Laborales	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$1.471.896	0,02436	3		$35.900	$0	$0	Septiembre - 2020	45533528	28/09/2020	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.471.896	0,16000			$235.600	$0	$0	Septiembre - 2020	45533528	28/09/2020	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Octubre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001
icontec
Certificado Nº SI 006-1

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDERSSON URIBE PARADA identificado(a) con CC 80183417 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**06/04/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON**
Categoría:	**A**

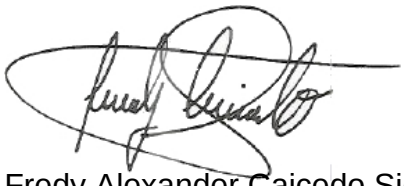
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de octubre del año 2020 .

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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14625326207

(415)7707212489984(8020) 000001462532620 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 8 3 4 1 7	3	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	8 0 1 8 3 4 1 7	2 0 0 0 0 5 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URIBE	PARADA	ANDERSSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 96 130 A 07 BRR SUBA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
andersson_u@yahoo.com.mx		5 5 1 8 0 1 6	3 1 1 2 9 1 6 3 4 6

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 5 4 1	2 0 1 3 1 1 0 1	8 5 6 0	2 0 1 0 0 2 0 1	7 1 1 0			2 1 4 3	

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 - 18

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

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	URIBE PARADA ANDERSSON	**Identificación:**	CC 80183417
Genero:	Masculino	**Edad:**	35 AÑOS
Cargo:	INSTRUCTOR TECNICO	**Orden No.**	80436
Fecha de ingreso:	09/01/2018 09:01 a. m.	**Fecha de salida:**	10/01/2018 07:35 a. m.
Empresa:	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49	**Destino:**	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Test Neuro Psicologico Audiometría Tonal Examen Medico De Ingreso Con Énfasis Osteomuscular Anexo Cardiovascular

Concepto CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

No

Recomendaciones

Recomendaciones personales:
Ejercicio cardiovascular periódico.
Hábitos alimentarios dieta balanceada baja en grasa y carbohidratos.
Control de peso y control por nutrición en EPS.
Uso de medias compresivas
Uso de protector solar
Control médico preventivo.
Recomendaciones laborales:
Examen ocupacional periódico según SST de la empresa.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Uso de elementos de protección personal según factores de riesgo ocupacional.
Reposo auditivo posterior a jornada laboral.
Control de optometría y audiometría según SST de la empresa.

Observaciones

Ninguna

Audiometría Tonal

Control auditivo anual y reposo auditivo post jornada laboral.

Anexo Cardiovascular

Ejercicio cardiovascular periódico.
Dieta baja en grasa y carbohidratos
Control de peso

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención Cardiovascular, Nutricional

Sede principal Calle 49 No. 13 -60 Tel. 7447555 Opción 4
Sede 45 Calle 45 No. 8 - 98 Tel. 3486520

SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número	80436
Fecha de la orden	09/01/2018
Identificación	Cédula de ciudadanía 80183417
Nombre	**URIBE PARADA ANDERSSON**
Edad	35 Años
Empresa	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Cargo	INSTRUCTOR TECNICO
Tipo de evento	Ingreso

AUDIOMETRÍA TONAL

Medico: PACHON VALBUENA JULIETH ANDREA Consultorio: AUDIOMETRIA 2

Ingreso:09/01/2018 09:14 a. m. Egreso:09/01/2018 09:17 a. m.

Informacion ocupacional

Fecha de ingreso a la empresa — Fecha de retiro

Tiempo en el cargo INGRESO

Antecedentes de exposición a ruido

Antecedentes	#	Empresa	Cargo	Tiempo de exposición	Elementos de protección
	1		NIEGA		

Antecedentes personales patologicos

Amigdalitis a repeticion	No	Meningitis	No	Parotiditis	No
Sarampion	No	Sinusitis cronica	No	Trauma craneo-encefalico	No
Varicela	No	Vertigo	No	Paralisis facial	No
Hipertension arterial	No				
Acufenos	No				
Cx Oidos	No				
Hipoacusia	No				
Otitis media	No				
Otalgia	No				
Otorrea	No				
Observaciones	NIEGA ANTECEDENTES				

Antecedentes familiares

Sordera adquirida	No
Sordera congenita	No
Quien?	NIEGA

Antecedentes extralaborales

Practica de caza	No		
Juego de tejo	No		
Uso de auriculares	No	Tiempo de uso	NIEGA
Vibraciones	NINGUNA	Otras exposiciones a ruido	NINGUNA

Antecedentes farmacologicos

Gentamicina	No	Trobamicina	No	Estreptomicina	No
Furosemida	No	Quinina	No	Salicilatos	No
Otros medicamentos o sustancias	NINGUNO				
Usa actualmente protectores auditivos?	No				
Tipo de protector auditivo	NO APLICA				

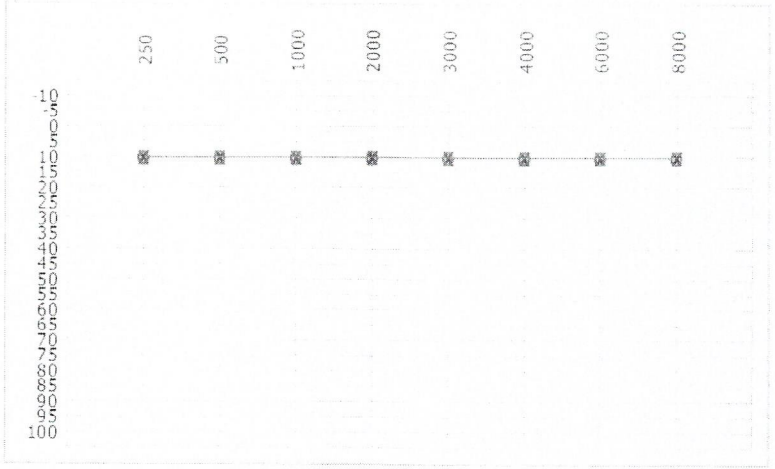
Examen auditivo

Tiempo de reposo auditivo	8 HORAS
Cree escuchar bien?	Si
Otoscopia OD	NORMAL
Otoscopia OI	NORMAL

Observaciones NINGUNA

Audiometria

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Derecho	10	10	10	10	10	10	10	10
Izquierdo	10	10	10	10	10	10	10	10



Promedios Agudos Oido Derecho 10 — Promedios Agudos Oido Izquierdo 10

PTA Oido Derecho 10 — PTA Oido Izquierdo 10

CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal) No realizable

CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente) No realizable

Clasificación Gatiso OD <25 dB Audición normal

Clasificación Gatiso OI <25 dB Audición normal

Clasificación Larsen OD Normal

Clasificación Larsen OI Normal

Diagnosticos

#	Diagnostico
1	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Descripción de los resultados AUDICION BILATERAL NORMAL

Recomendaciones Control auditivo anual y reposo auditivo post jornada laboral.

Se sugiere incluir en el Sistema de vigilancia epidemiológica de Conservación Auditiva No

1032358200

PACHON VALBUENA JULIETH ANDREA
Registro médico: 7754 de 11/07/2013

URIBE PARADA ANDERSSON
Cédula de ciudadanía: 80183417

ANEXO CARDIOVASCULAR

Medico: SUAREZ NARANJO DORA ELSY Consultorio: Consultorio Médico 7

Ingreso:09/01/2018 09:57 a. m. Egreso:10/01/2018 07:32 a. m.

Marcó En proceso
09/01/2018 10:00 a. m.
pend. labortorios

Desmarcó En proceso
10/01/2018 07:32 a. m.

ANTECEDENTES FAMILIARES

HTA Padre	Si	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
IAM (edad) Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Cardiopatía Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
ACV Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Diabetes Padre	No	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Dislipidemias Padre	Si	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No
Farmacológicos Padre	Si	Madre	No	Hermanos	No	Abuelos	No

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No
IAM (edad)	No
Cardiopatía	No
ACV	No
Diabetes	No
Dislipidemias	hipertrigliceridemia dx año 2014 controlado con dieta

Farmacológicos No

HÁBITOS

Actividad Física	No	Frecuencia				Duración	
Intensidad		Tiempo					
Fuma		Fumó	Si	Cigarrillos al día	10	Total de años	10
Alcohol	No	Frecuencia					
Personalidad tipo A							

REVISIÓN POR SISTEMAS

Dolor Precordial	No	Síncope	No	Palpitaciones	No	Disnea	No	Clase Funcional	
Edemas	No								
Observaciones	no refiere								

EXAMEN FÍSICO

TA	120/80	Pulso	88	Peso	98	Estatura	1.76	IMC	31
RsCS	RITMICOS , NO SOPLOS					Soplos	no	RsRS	murmullo vesicular audible
Circunferencia Abdominal	114	Perímetro Caderas	118	Índice C/C	0.9				

RESULTADOS

Colesterol Total	182	HDL	47	LDL	88	VLDL	-	Triglicéridos	234	Glicemia	114
ECG	NO REALIZADO					Otros	NO		

CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Grado de Riesgo (%)	1% puntuación 1
Framingham OMS / OPS	Latente < 10

DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos: obesidad
hipertrigliceridemia
hiperglicemia

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES Ejercicio cardiovascular periódico.
Dieta baja en grasa y carbohidratos
Control de peso

SUAREZ NARANJO DORA ELSY
Registro médico: 5050/09 Lic SO 504000/15

URIBE PARADA ANDERSSON
Cédula de ciudadanía: 80183417

TEST NEURO PSICOLOGICO

Medico: RODRIGUEZ GUEVARA DERLY JOHANA Consultorio: Test Psicológico

Ingreso:09/01/2018 06:20 p. m. Egreso:09/01/2018 06:21 p. m.

CONCEPTO Y RECOMENDACIONES

Concepto	paciente apto
Recomendaciones generales	Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limitan el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial.
Recomendaciones específicas	1. Realizar actividades de sensibilización frente al adecuado del riesgo psicolaboral (factores de riesgo y factores protectores) 2. Realizar actividades de capacitación sobre resolución de conflictos y desarrollo 3. de habilidades sociales para la concertación y la negociación 4. Desarrollar actividades dirigidas a fomentar el apoyo social y promover relaciones sociales positivas 5. Los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación facilitarán el conocimiento y la motivación de los trabajadores sobre los factores que afectan su salud y su bienestar físico

RODRIGUEZ GUEVARA DERLY JOHANA
Registro médico: 12440 de 12/11/2011

URIBE PARADA ANDERSSON
Cédula de ciudadanía: 80183417

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número	80448
Fecha de la orden	09/01/2018
Identificación	Cédula de ciudadanía 80183417
Nombre	**URIBE PARADA ANDERSSON**
Edad	35 Años
Empresa	SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Cargo	INSTRUCTOR TECNICO
Tipo de evento	Ingreso

OPTOMETRÍA

Medico: TAVERA FLOREZ FULVIA Consultorio: Optometría

Ingreso:09/01/2018 10:43 a. m. Egreso:09/01/2018 10:47 a. m.

Antecedentes

Personales	NO REFIERE
Oculares	NO REFIERE
Familiares	PAPA DIABETICO Y A FALLECIO
Condiciones de riesgo visual	SI COMPUTADOR 10 HORAS DIARIAS
Ultimo control visual	2 AÑOS
Uso de EPP visual	No
Accidente de trabajo ocular	No

Ardor	No	Secreción	No	Cefalea	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No	Mala visión lejos	No
Resequedad	No	Cansancio	No	Mala visión cerca	No
Prurito	No	Fotofobia	No	Lagrimeo	No
Otros					

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD	20/20	Sin corrección OI	20/20	Sin corrección AO	20/20
Con corrección OD	NO APLICA	Con corrección OI	NO APLICA	Con corrección AO	NO APLICA
Observaciones					

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD	0.5 M	Sin corrección OI	0.5 M	Sin corrección AO	0.5 M
Con corrección OD	NO APLICA	Con corrección OI	NO APLICA	Con corrección AO	NO APLICA
Observaciones					

Percepcion

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	20 SEG ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	Normal	Segmento anterior OI	Normal
Motilidad ocular OD	Normal	Motilidad ocular OI	Normal
Oftalmoscopica OD	Normal	Oftalmoscopica OI	Normal
Queratometría OD	NO SE REALIZA	Queratometría OI	NO SE REALIZA
Refracción OD	NEUTRO	Refracción OI	NEUTRO
Subjetivo OD	NEUTRO	Subjetivo OI	NEUTRO

Diagnostico

Miopia	No
Hipermetropia	No
Astigmatismo	No
Presbicia	No
Estrabismo	No
Ambliopia	No
Emetropia	Ambos
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente	No

Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos	#	Diagnostico
	1	EMETROPE

Recomendaciones

Control anual	Si	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	No
Uso de correccion permanente	No	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No

Hallazgos

Recomendaciones generales: Control anual por Optometria, realizar pausas de higiene visual

TAVERA FLOREZ FULVIA
Registro médico: 0148

URIBE PARADA ANDERSSON
Cédula de ciudadanía: 80183417

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

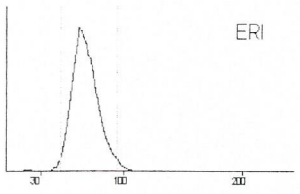
1091581

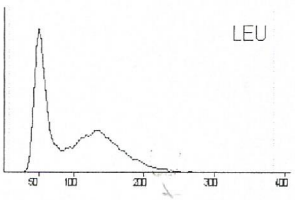
Nombre.	URIBE PARADA ANDERSSON		
Identificacion	CC 80183417	Tel.	5518016-3209935351
Edad	35 Años 10 Meses 19 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

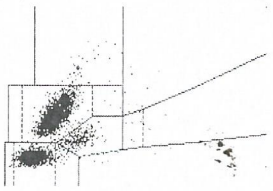
Fecha de recepcion:	09-ene-2018 8:55 am
Fecha de impresion:	09-ene-2018 2:03 pm
Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
Fecha Validacion	09-ene-2018 11:23:00a.m.

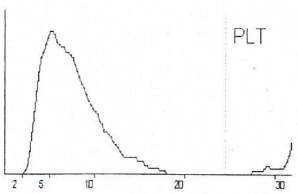
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
ERITROCITOS	6.10	millones	4.50 a 6.10
HEMOGLOBINA	16.3	gr %	14.0 a 18.0
HEMATOCRITO	51.3	%	42.0 a 53.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	84	fl	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	26.7	pg	27.0 a 31.0
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	31.8	gr/dl	32.0 a 35.0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	14.3	%	11.0 a 15.0
LEUCOCITOS	10.0	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	54.1	%	50.0 a 67.0
Linfocitos	37.8	%	27.0 a 40.0
Monocitos	6.4	%	3.0 a 12.0
Eosinòfilos	1.2	%	1.0 a 4.0
Basòfilos	0.5	%	0.0 a 1.0
Linfocitos Reactivos	0.8	%	0.0 a 2.5
Segmentados	5.40	10/mm3	2.00 a 7.50
Linfocitos	3.77	10/mm3	1.00 a 4.00
Monocitos	0.64	10/mm3	0.20 a 1.20
Eosinòfilos	0.12	10/mm3	0.00 a 0.50
Basòfilos	0.05	10/mm3	0.00 a 0.20
Linfocitos Reactivos	0.08	10/mm3	0.00 a 0.25
PLAQUETAS RECUENTO	237	miles/mm3	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.10	um3	7.5 a 8.5
PCT	0.191	%	
IDP	14.5	%	









JERSSON MONTERO SIMANCAS
C.C. 1,128,044,388
BACTERIOLOGO

GLICEMIA EN AYUNAS	114	mg/dl	65 a 99
Metodo: Espectrofotometría			
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	182	mg/dl	
Metodo: Espectrofotometría			

V. de Referencia:
Ideal: < de 18 años: < de 170 mg/dl
Adulto: < de 200 mg/dL

NIT 900.236.000-4
Sede Principal Cra 49 No. 15-60 • PBX 744 7555 Ext. 2015 - 2016 • Fax: 744 7555 Ext. 2035 - 2029
Sede Norte Cra 53 No. 75-31 • Tel. 214 2125 • Fax: 214 2124
Sede Centro Cra 50 No. 10-08 Cons. 204 • Tels. 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 28 19
Sede Kra 50 No. 12-15 • Tel. 238 4766 • Fax: 287 2012

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

1091581

Nombre.	URIBE PARADA ANDERSSON			Fecha de recepcion:	09-ene-2018 8:55 am
Identificacion	CC 80183417	Tel.	5518016-3209935351	Fecha de impresion:	09-ene-2018 2:03 pm
Edad	35 Años 10 Meses 19 Dias	Sexo	M	Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	09-ene-2018 11:23:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Borderline alto: < de 18 años: 170 a 200 Adulto: 200 a 239 mg/dl Alto:< de 18 años: > de 200 mg/dl Adultos: > de 239 mg/dl			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) **Metodo: Espectrofotometría**	47	mg/dl	40 a 70
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	88	mg/dl	
V. de Referencia: Ideal: Menor de 100 mg/dl Casi Ideal: 100 a 129 mg/dl Bordeline Alto: 130 a 159 mg/dl ALTO: 160 a 189 mg/dl Muy Alto: Mayor de 189 mg/dl			
TRIGLICERIDOS **Metodo: Espectrofotometría**	234	mg/dl	
V. de Referencia: Normal: Menor de 150 mg/dl Borderline Alto: 150 a 199 mg/dl Alto: 200 a 499 mg/dl Muy alto: Mayor de 499 mg/dl			

JERSSON MONTERO SIMANCAS
C.C. 1,128,044,388
BACTERIOLOGO

DIANA CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
CC 52,929,259
BACTERIOLOGA

NIT 830.007.1
Sede Principal Calle 47 No. 15-50 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2316 • Fax: 744 7555 Ext. 2305 - 2306
Sede Norte Calle 10 No. 15-48 • Tel: 214 0124 • Fax: 214 0124
Sede Centro Calle 13 No. 10-48 Cons. 204 • Tel: 282 2819 - 282 2747 • Fax: 282 2819
Calle 33 No. 13-15 • Tel: 658 4785 • Fax: 282 2012

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDERSSON URIBE PARADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80183417 realizó el día 22/10/2020 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 ANDERSSON URIBE PARADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80183417 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

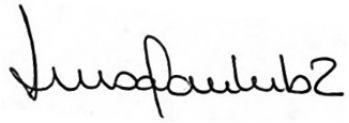
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ANDERSSON URIBE PARADA, con Cédula Ciudadanía No. 80183417 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 14/02/2020, para el contrato registrado con fecha desde 16/10/2020 y fecha hasta 11/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020247111.

Dada en Bogotá, a los 23 días del mes de octubre de 2020



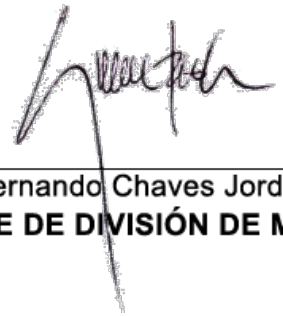
Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **ANDERSSON URIBE PARADA** identificado con C.C. número **80.183.417** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **4 de enero de 2010** con la Cuenta de Ahorros **221805765** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **ANDERSSON URIBE PARADA** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **12 de octubre de 2020**



Andrés Fernando Chaves Jordan
GERENTE DE DIVISIÓN DE MERCADEO PERSONAS

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	12	12-46-101041167	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
16	10	2020	16	10	2020	00:00	21	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
URIBE PARADA ANDERSSON		80183417	
Dirección: KR 30 NRO. 17 B - 25 SUR	**Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	**Teléfono:**	3209935351

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.		899999034-1	
Dirección: CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	**Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	**Teléfono:**	5960050

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.1913735 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	16/10/2020	21/04/2021	$ 699,150.60

OBSERVACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$32,130.00	$ 699,150.60	16/10/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACI ÓN:	Nombre Compañía:	% Participaci ón:	Valor Asegurado:
WILCHES ROJAS JAIRO	10178	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 AVENIDA 39 NO 7-88 - Teléfono: 2881662 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 12-46-101041167, 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 16 días del mes de Octubre de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 12461010411670

FECHA	
16/10/2020	

RECIBIMOS DE: URIBE PARADA ANDERSSON C.C. 80183417

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101041167

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101041167 - 0 - 0	$20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	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°: 12461010411670

FECHA 16/10/2020

RECIBIMOS DE: URIBE PARADA ANDERSSON C.C. 80183417

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101041167

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101041167 - 0 - 0	$20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,130.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: WILCHES ROJAS JAIRO - 10178	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,130.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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.12-46-101041167

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.

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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de octubre de 2020

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 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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	**1141127896**	**Daniel Esteban Uribe Sandoval**	**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: **ANDERSSON URIBE PARADA**

C.C. 80183417

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141127895

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52669437

52669437

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	67	☐	☐	☐	D T Y

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
URIBE	SANDOVAL

Nombre(s)

DANIEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes DIC Día 02	MASCULINO	A	(+)

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11807099-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL PRIETO VIVIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.033.701.616 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

URIBE PARADA ANDERSSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.183.417 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

URIBE PARADA ANDERSSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.183.417 BOGOTA D.C.	X

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 DIC Día 11	VICTORIA C. SAAVEDRA S. Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA — VICTORIA C. SAAVEDRA S. — Notaria — Sesenta y Siete (67)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110