SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**92745-417961**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA
Correo electrónico contratista: nbrinez@sena.edu.co
C.C. 65.739.267 **IP/Nº de contacto** 2709600

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 59765935541

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: 1718915/2020 **Nº Compromiso SIIF** 73720

Valor Total del Contrato	$ 15.613.005	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.613.005	**1**	**Del**	**24/07/2020**	**Al** **31/07/2020**	**$ 883.755,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.729.250		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 883.755	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	**$ 883.755**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 408.809**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9407958295**	Valor Base retención en la fuente	408.809,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	633.455,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	4.434,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 88.376		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 136.270		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 879.321,00**	

SON: OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de julio se realizaron las siguientes actividades: Legalización de contrato,inducción, capacitación de la plataforma territorium el dia 27 de julio y alistamiento de las fichas con ID 2162913 - 2162914 - 2162925 - 2162926 Contabilidad en las Organizaciones, revision de las semillas, se asociaron los aprendices, adecue los anuncios, organice los diferentes materiales de estudio

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.

NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA
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,

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
INSTRUCTOR

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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

300720CL22

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739267		BRIÑEZ MINA NUBIA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	OCOBOS V ETAPA BLOQUE 48 APTO 401	IBAGUE-TOLIMA	2717201	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	70436167	9407958295	I	2020/07/15	2020/07/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC 65739267	BRIÑEZ NUBIA	230301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739267		BRIÑEZ MINA NUBIA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	OCOBOS V ETAPA BLOQUE 48 APTO 401	IBAGUE-TOLIMA	2717201	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	70436167	9407958295	I	2020/07/15	2020/07/27	BANCO DE OCCIDENTE	0	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$254,900**	**$0**	**$0**	**$254,900**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14534346845

(415)7707212489984(8020) 000001453434684 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 3 9 2 6 7	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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	6 5 7 3 9 2 6 7	1 9 8 7 0 1 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRIÑEZ	MINA	NUBIA	CONSTANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CON OCOBOS ET QUINTA BL 48 AP 401

42. Correo electrónico: nubiac1505@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 8 2 7 8 2	3 0 0 6 8 6 4 9 2 8

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 05 - 23

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14534346845

(415)7707212489984(8020) **000001453434684 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 3 9 2 6 7	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 0 0 7 1 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 2 0 8 2 3 8	
78. Departamento	7 3	
79. Ciudad/Municipio	1 6	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14534346845

(415)7707212489984(8020) **000001453434684 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 3 9 2 6 7	9	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de artículos y utensilios de uso doméstico 4 7 5 5	

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUIDORA DE COLCHONES NUBIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 5 14 19

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 0 8 2 3 9	2 0 1 0 0 7 1 3	
168. Teléfono: 2 6 1 6 7 0 0	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	FORMATO CONCEPTO
	Regional Tolima
	Centro Centro Agropecuario de la Granja

Nombre	NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA
Tipo Examen	Lectura de Examenes
Fecha Creación	2019-07-08 00:00:00

CONCEPTO
Apto
RECOMENDACIONES CONCEPTO
Trabajador en buena condición de salud. recomendación de control Optometria
RESTRICCIONES CONCEPTO
Trabajador sin restricción medica para continuar con las actividades del cargo.

REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES			
PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	No	ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		Medico o Psicólogo	
Nombre	NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA	Nombre	Miguel Angel Barrios Rengifo
Firma		Firma	
No. Indentificación	65739267	Sello	

Dra. Irian Nayive Aldana M.
Fonoaudiologa C.U.I.
Especialista en Administración de Salud Ocupacional
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Licencia S.O. 1360
Cel.: 3134345231

HISTORIA DE AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL

Fecha: 21-05-19 Empresa: Sena Centro Agropecuario

Nombre: Nubia constanza briñez Mirel C.C.: 65 739 267

Edad: 51 Sexo: F X M ____ Tipo de Examen: I X P ____ R ____

Cargo: Profesional Grado 11 Área: Certificación Antiguedad: ____

Reposo Auditivo: SI X NO ____ Cabina: ____ Audiocups: X

A. ANTECEDENTES PERSONALES

Otológicos	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otorrea		
Otorragía		
Prurito		
Sensación de oído tapado		
Vértigo		
Tinnitus		
Hipoacusia subjetiva		
Otros		

Quirúrgicos	SI	NO
Cirugía de oído		
Timpanoplastia		
Otros		

Patológicos	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Diabetes		
Rinitis - Sinusitis		
Otros		

Extralaborales	SI	NO
Tejo		
Moto		X
Discoteca		X
Música intracanal		X
Servicio Militar		
Polígono		
Instrum. Musical		X
Otros		

B. OTOSCOPIA

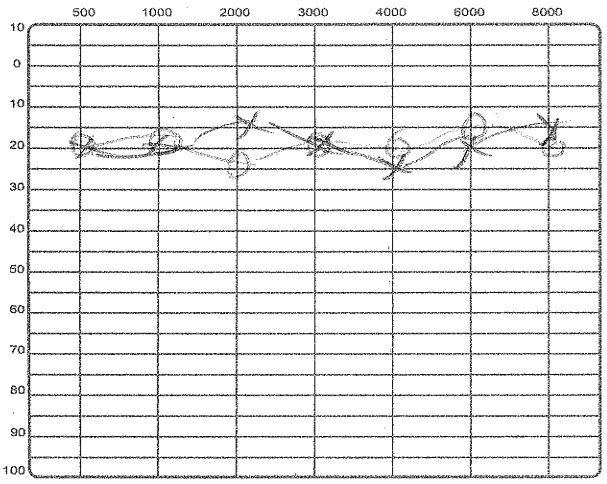
Oído derecho Normal

Oído izquierdo Normal

D. ANTECEDENTES LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Protección Auditiva

C. EVALUACIÓN



Convenciones	Oído Derecho (Rojo)	Oído Izquierdo (Azul)
Conducción aérea	0	X
Inaudible	↓	↓

E. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO DESCRIPTIVO

Oído Derecho ____

Oído Izquierdo ____

Audición Bilateral Audición Normal

F. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO GATISO

	O.D	O.I	Bilateral
500			
1.000			
2.000			
3.000			
4.000			
6.000			
8.000			
Normal			

N = Normal
L = Leve
M = Moderado
S = Severo
P = Profundo

Observaciones: ____

Severidad OSHA Normal (10-25db) Leve (26-45 db) Moderada (46-60 db) Severa (61-80 db) Profunda (>80db)

G. RECOMENDACIONES

- Control según SVE ____
- E.P.P. Auditivo según SVE ✓
- Audiometría confirmatoria ____
- Valoración control por ORL ____
- Examenes complementarios ____
- Limpieza ótica ✓
- Reposo Auditivo extralaboral ____

Sindry Ortiz Aragón
FONOAUDIOLOGA - RUN: 13026402
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION: 2362

Irian Nayive Aldana M.
Fonoaudiologa Reg. 2480

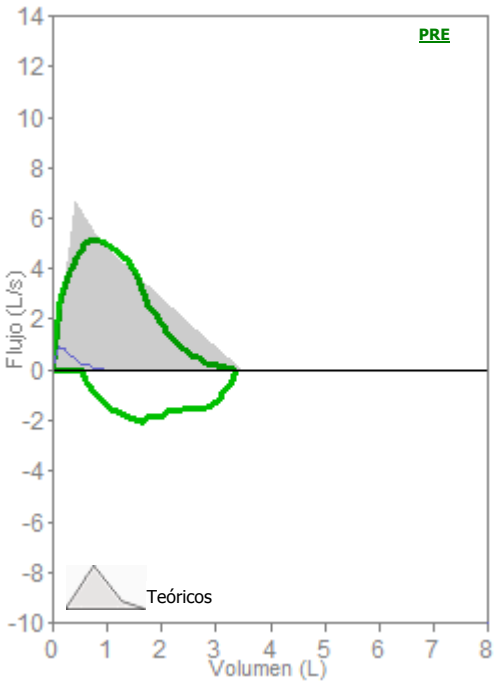
Firma Paciente ____

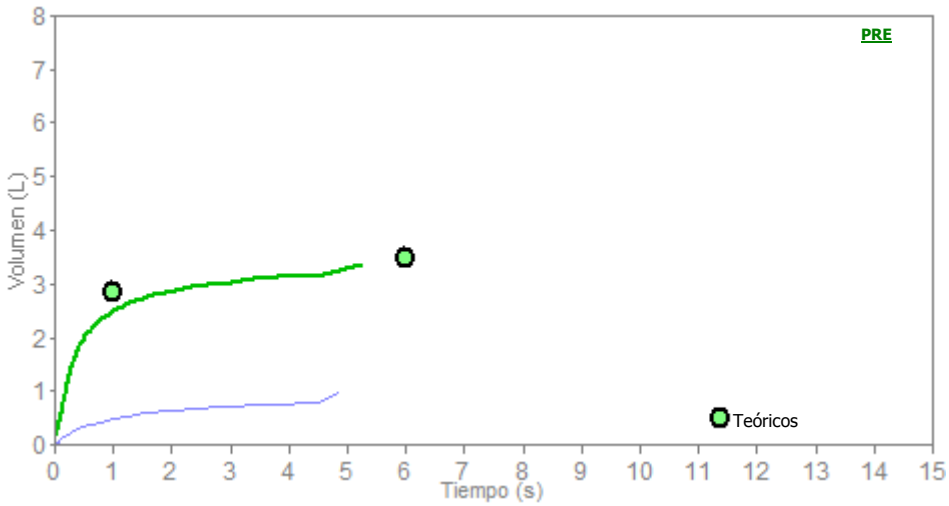
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 21/05/2019

Cód. paciente 65739267		Edad	51
Apellido	BRIÑEZ MINA	Género	Femenino
Nom.	NUBIA CONSTANZA	Altura, cm	164
Fecha de nacimien	20/05/1968	Peso:, kg	79
Grupo étnico	Mejicano-Americano	BMI	29,37
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			







Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1=1,98L (353,57%), FVC=2,39L (24

1 Acceptable trials

Interpretación



Espirometría normal

Fecha prueba PRE 21/05/2019 11:23:36 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2,77	3.49	3,35*	96	-0.32	3,35	**0,96**		*		
FEV1	L	2,22	2.83	2,54*	90	-0.78	2,54	**0,56**		*		
FEV1/FVC	%	71,6	80.9	75,8*	94	-0.90	75,8	**58,3**		*		
PEF	L/s	4,66	6,70	5,20*	78	-1.21	5,20	**1,06**		*		
ELA	años		51	63	124		63	123				
FEF2575	L/s	1,61	2.96	2,08	70	-1.08	2,08	**0,29**				
FET	s		6.00	5,25	88		5,25	4,85				
FIVC	L	2,77	3.49	2,77	79	-1.65	2,77					
FEV1/VC	%	71,6	80.9									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,082 27 °C (80,6 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank II new S/N Y09181

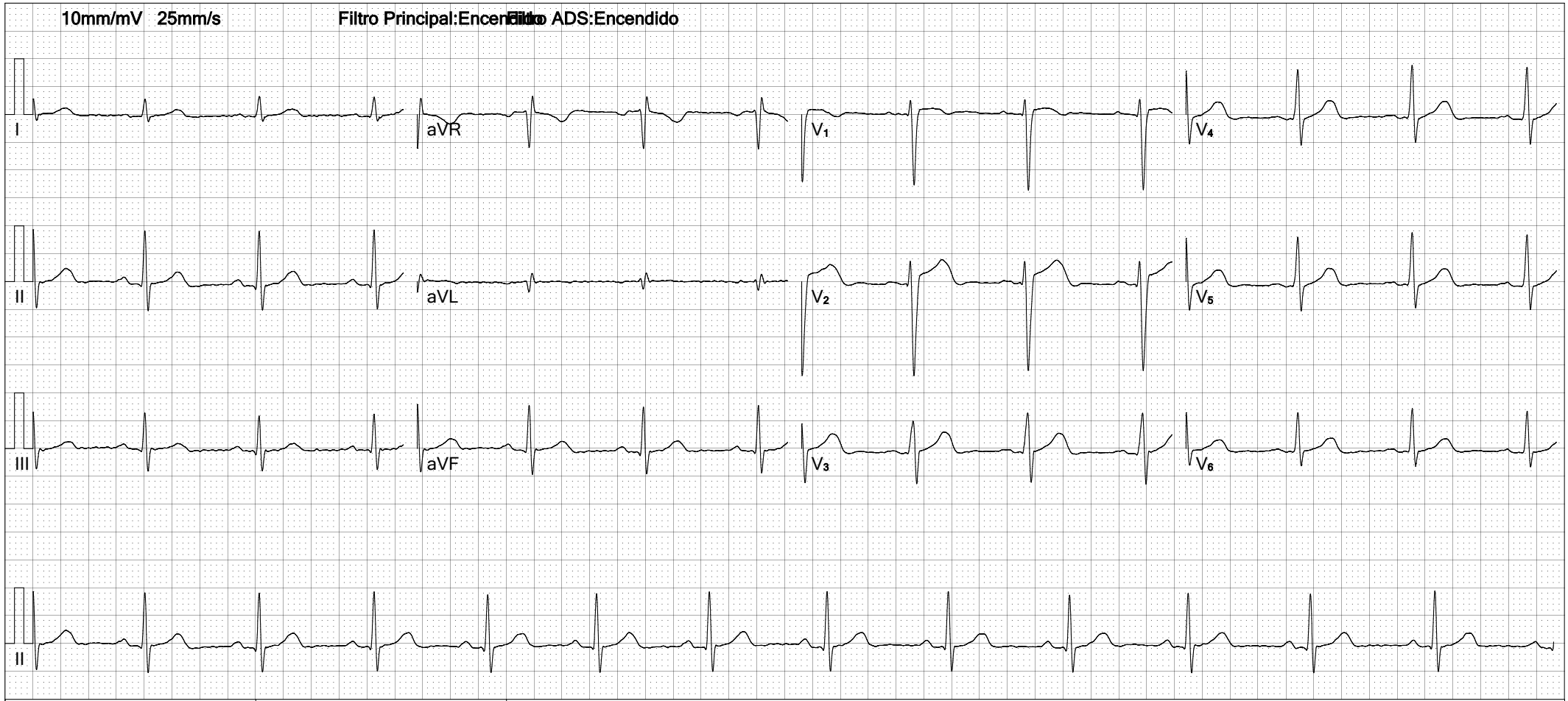
ECG

SORE SAS

AV FERROCARRIL 41-46 - Tel :2701329

Nombre :NUBIA BRIÑEZ ID : Sexo :Femenino Edad :51 NACIO :05-20-1968 Fecha de estudio :05-21-2019 11:13

Case #: Investigation #: Médico Referenciado:JULIO CESAR GUERRERO CASTRO



Frequence :	1000 Hz	Intervalo QT :	357 ms
Tiempo De Muestra :	20 s	Intervalo QTc :	391 ms
Frecuencia cardiaca :	72 bpm	Eje P :	77.6°
Duración P :	96 ms	Eje QRS :	62.6°
Duración QRS :	82 ms	Eje T :	66.0°
Duracion T :	245 ms	RV5/SV1:	0.91/1.28mV
Intervalo PQ :	170 ms	RV5+SV1:	2.19mV

Suggestion :

Total Latidos 24, Normal Latidos 24,*** Normal ECG,

Physician Signature:

ECG

SORE SAS

AV FERROCARRIL 41-46 - Tel :2701329

Nombre :NUBIA BRIÑEZ ID : Sexo :Femenino Edad :51 NACIO :05-20-1968 Fecha de estudio :05-21-2019 11:13

Case #: Investigation #: Médico Referenciado:JULIO CESAR GUERRERO CASTRO

	Type	P+ (mV)	P- (mV)	Q (mV)	R (mV)	S (mV)	R' (mV)	S' (mV)	STj (mV)	ST20 (mV)	ST40 (mV)	ST60 (mV)	ST80 (mV)	T+ (mV)	T- (mV)	Q (ms)	R (ms)	S (ms)	R' (ms)	S' (ms)
I	rs	0.03	0.00	0.00	0.31	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.02	0.12	0.00	0	45	25	0	0
II	qRs	0.10	0.00	0.04	0.98	0.43	0.00	0.00	0.01	0.02	0.04	0.05	0.06	0.27	0.00	14	35	31	0	0
III	qRs	0.07	0.00	0.04	0.67	0.34	0.00	0.00	0.02	0.02	0.03	0.03	0.04	0.16	0.00	15	32	32	0	0
aVR	rSr'	0.00	-0.06	0.00	0.01	0.65	0.26	0.00	-0.01	-0.01	-0.03	-0.03	-0.04	0.00	-0.19	0	12	38	30	0
aVL	rsr'	0.00	-0.03	0.00	0.03	0.18	0.13	0.00	0.00	-0.01	-0.00	-0.00	-0.00	0.00	-0.03	0	17	27	32	0
aVF	qRs	0.09	0.00	0.04	0.83	0.38	0.00	0.00	0.02	0.02	0.03	0.04	0.05	0.21	0.00	14	34	31	0	0
V_1	rS	0.03	0.00	0.00	0.26	1.28	0.00	0.00	0.08	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	-0.01	0	23	59	0	0
V_2	rS	0.03	0.00	0.00	0.39	1.64	0.00	0.00	0.11	0.15	0.17	0.19	0.21	0.37	-0.04	0	21	61	0	0
V_3	RS	0.04	0.00	0.00	0.64	0.52	0.00	0.00	0.04	0.05	0.06	0.08	0.11	0.35	-0.00	0	49	33	0	0
V_4	Rs	0.04	0.00	0.00	0.92	0.44	0.00	0.00	-0.01	0.02	0.04	0.06	0.08	0.31	0.00	0	50	31	0	0
V_5	Rs	0.04	0.00	0.00	0.91	0.42	0.00	0.00	-0.02	0.01	0.03	0.05	0.07	0.30	0.00	0	50	31	0	0
V_6	Rs	0.04	0.00	0.00	0.73	0.25	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.22	0.00	0	44	30	0	0

Frequence :	1000 Hz	**Intervalo QT :**	357 ms
Tiempo De Muestra :	20 s	**Intervalo QTc :**	391 ms
Frecuencia cardiaca :	72 bpm	**Eje P :**	77.6°
Duración P :	96 ms	**Eje QRS :**	62.6°
Duración QRS :	82 ms	**Eje T :**	66.0°
Duracion T :	245 ms	**RV5/SV1:**	0.91/1.28mV
Intervalo PQ :	170 ms	**RV5+SV1:**	2.19mV

Suggestion :

Total Latidos 24, Normal Latidos 24,* Normal ECG,**

Physician Signature:

I.P.S. SALUD OCUPACIONAL REGIONAL S.A.S.
SORE S.A.S.
Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 2984 del 27 Oct. 2010
AV. FERROCARRIL No. 41-46
Tels.: 2647277 - 2701329
Cel.: 310-8713746
Ibagué, Tolima
www.soresaludocupacional.com

VISIOMETRIA ○ OPTOMETRÍA ✓

Empresa: Sena	Ciudad: Espinal	Tipo de Examen Paraclinico: INGRESO ✓ EGRESO ○ PERIODICO ○	
Apellidos: Bañez Pinto	Nombre(s): Nubia Constanza	FECHA: D 24 M 1 A 19	
C.C. 65739267 Documentos de Identidad	Ultimo Examen Visual: 1	Fecha de Nacimiento: D 20 M 7 A 65	EDAD: 51
Cargo: Profesional 2.	Antigüedad en la empresa:	Antigüedad en el oficio (años): 23	

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR(ES)	SI	NO	Acumulado AÑOS	Uso Protección Visual
QUÍMICOS (Humos - gases - vapores - polvos)		✓		
RADIACIÓN (Ultravioleta, infrarroja, RX, hornos)	✓		23	SI
MECÁNICOS (Proyección de Partículas)		✓		
USO VIDEO TERMINALES	✓		23	SI
ILUMINACIÓN INADECUADA: Excesiva ○ Deficiente ○ Reflejos ○				
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (Individuo)				
RIESGO BIOLÓGICO				

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL
Enfermedades		✓	
Tratamientos			
Medicamentos		✓	
Sintomatología Ocular		✓	
Patología Ocular		✓	
Cirugía Ocular		✓	
Problemas / Refracción		✓	
Tiempo / Evolución	Años		
Usa Corrección			
Tipo de Corrección: Lentes de Contacto ○ Gafas ○ Ambos ○			

VALORACIÓN FÍSICA		C Anteojos	S Anteojos
Agudeza Visual Lejos	OD		20/70
	OI		20/70
Agudeza Visual Cerca	OD		20/30
	OI		20/30
Hallazgos Segmento Ant.	OD	PINGUECULA	
	OI	PINGUECULA	
Balance Muscular			ortoforia
Visión Periférica	OD		normal
	OI		normal
Visión de Profundidad			normal
Visión de Colores			normal

VALORACIÓN OPTOMETRICA

OFTALMOSCOPIA MEDIOS REFRINGENTES	POLO POSTERIOR	REFRACCIÓN
OD Reflejos Normal	normal	OD Neutro
OI reflejos normal	normal	OI neutro

RESULTADO

Rx FINAL	AV
OD Neutro	20/20
OI Neutro	20/20
ADD +1.50 DP (lejos) ○ DP (cerca) ○	

DIAGNOSTICO
Emetropía
Ametropía Presbicia
Corregido ○ Sin corrección ✓
Parcial Corregido ○ No requiere RX ○

Disposición:

RECOMENDACIONES:
Control Periódico ○ Higiene Visual ○ Ortóptica ○
Protección Ocular ○ Optometría ✓ Oftalmológica ○

FIRMA PACIENTE FIRMA EXAMINADOR

Comercializadora Sión / Tel.: 2787681 Ibagué

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65739267 realizó el día 11/08/2020 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 NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65739267 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

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

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 65.739.267, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 24/07/2020 y fecha fin de contrato 30/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 20200101891744.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Agosto de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 11/08/2020 3:59:37 p. m.
ISCDC: 11/08/2020 3:59:37 p. m.

Escaneado con CamScanner

Certificado Bancario

Miércoles, 12 de Agosto de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA identificado(a) con CC 65739267, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	59765935541	2011/01/19	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos Bancolombia

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
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101144308	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	07	2020	24	07	2020	00:00	05	05	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
BRIÑEZ MINA, NUBIA CONSTANZA	CC: 65.739.267	3014087583

DIRECCIÓN: OCOBOS 5 ETAPA BLOQUE 48 APTO. 401 — CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL TOLIMA CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA	NIT: 899.999.034-1	2709600

DIRECCIÓN: VEREDA DINDALITO KM 5 VIA ESPINAL - IBAGUE — CIUDAD: ESPINAL, TOLIMA

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 DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No CO1.PCCNTR. 1718915 DE 2020, CUYO OBJETO ES: Prestacion servicios personales de caracter temporal como Instructor para planear, ejecutar y orientar la Formacion Profesional Integral en las redes y areas tematicas de formacion, que programe el Centro Agropecuario La Granja en sus diferentes niveles en modalidad presencial, virtual y a distancia complementaria, atendiendo las politicas institucionales y la normatividad vigente.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/07/2020	05/05/2021	$1,937,955.60

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******17,401.00	$ *******7,000.00	$ *******4,636.00	$ **********29,038.00	$ ********1,937,955.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA.	143802	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 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-44-101144308

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM — OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977 — DLT143802D — 1

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ ( ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.

SENA - CFP 739123
RADICACION RECIBIDA
No: 73-1-2020-003742
03/09/2020 08:16 am

Ciudad, Ibagué, agosto 12 de 2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.**
Maria {Alejandra Castañeda Briñez	**1.197.464.163**	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA
C.C.65.739.267

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ___X___
- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. _____
- Certificado medicina legal. _____

Escaneado con CamScanner

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197464163 **Indicativo Serial** 43861393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E L M

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTAÑEDA * * * * * *	BRIÑEZ * * * * * * *

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 20	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * *	* 10065130-0 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.739.267 * DE IBAGUE * * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * *	*

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * DE * * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * D * * * * * * * *	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAR Día 27	JOSE NESTOR VARGAS GARCIA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR BANAVANUO S.A. NIT. 860.013.711-5 10303 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner