

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  <p><b>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</b><br/>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> CENTRO DE GESTION DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PRES</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1<br/>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p> | <b>Código Regional</b>   | <b>11</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Código Centro</b>     | <b>930310</b>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Febrero de 2021</b>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Versión</b>           | <b>ENERO 2021 - 1,21</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ID de Proceso</b>     | <b>55304-743771</b>      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>No. de documento</b>  | <b>10621</b>             |

|                                                                                                                             |                                         |                                                                                               |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                |                                         |                                                                                               |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                     | CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA              | <b>C.C.</b>                                                                                   | 368.889                     |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                      | coalba988@misena.edu.co                 | <b>IP/N° de contacto</b>                                                                      | 16903                       |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                             |                                         | <b>Es declarante de renta?</b>                                                                | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                             |                                         | <b>Es Pensionado?</b>                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</b>                                                                       | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Inducción SST</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                             |                                         | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b>                                                    | <input type="checkbox"/> SI |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                             | DAVIVIENDA                              | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                             |                                         | <b>N° Cuenta</b>                                                                              | 007070295766                |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</b> | <input type="checkbox"/> NO |

|                                                                   |                                                                                                                                     |                               |                              |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                |                                                                                                                                     |                               |                              |
| <b>N° del contrato:</b>                                           | 2192032/2021                                                                                                                        | <b>N° Compromiso SIIF</b>     | 1021                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                   | \$ 36.660.460                                                                                                                       | <b>N ° Pago</b>               | 1                            |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                | \$ 36.660.460                                                                                                                       | <b>Periodo objeto de pago</b> | Del 01/02/2021 Al 28/02/2021 |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                   | \$ 33.201.926                                                                                                                       | <b>Comisiones</b>             | \$ 0,00                      |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) | CI-CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN EL ÁREA DE INDUSTRIAS CREATIVAS. |                               |                              |

|                                                             |                     |                                           |             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                           |             |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 3.458.534        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                                     | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ 0                |                                           |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 3.458.534</b> | Menos, ReteFuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 2.298.101</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

|                                                                              |                |              |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|----------------------------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                |              |                                                    |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>Febrero</b> | <b>Enero</b> |                                                    |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 1.383.414   | \$ 0         | Valor Base retención en la fuente 2.298.101,00     |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>                           | \$ 173.000     | \$ 0         | Valor Base retención en la fuente ICA 3.064.134,00 |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>                         | \$ 221.400     | \$ 0         | Valor base IVA 0,00                                |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>                   | \$ -           | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| <b>ARL</b>                                                                   | \$ 7.300       | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>                 | \$ -           |              | Menos Retencion IVA 0,00                           |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b>                                     | \$ -           |              | Reteica - 8299 29.600,00                           |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</b>       | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</b>                           | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>         | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>           | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>           | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.161.856</b>                                       | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Salud hasta \$ 580.928</b>                                                | \$ -           |              | 0,00                                               |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</b>                                         | \$ 766.034     |              | 0,00                                               |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b>                                    | \$ -           |              | 0,00                                               |
|                                                                              |                |              | <b>VALOR A PAGAR \$ 3.428.934,00</b>               |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |  |
| FICHAS PROGRAMADAS TG-PM 1963235 - 2068081 - 2144863               |  |
| TEC-SISTEMAS 2144845 - 2144829                                     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |
| 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. | <b>CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                | <u>Autorizo el presente pago.</u><br>El Supervisor,          |
| 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. | <b>SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA</b><br><b>INSTRUCTOR G20</b> |

**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**

**JAIME GARCIA DIMOTOLI**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA identificado(a) con CC 368889 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/10/2018

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de febrero del año 2021.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

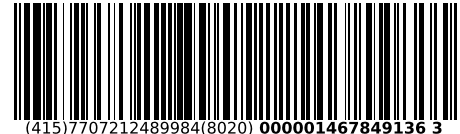
Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14678491363



(415)7707212489984(8020) 000001467849136 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

3 6 8 8 8 9

0

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 6 8 8 8 9

27. Fecha expedición

1 9 8 4, 1 1, 2 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

San Antonio del Tequendama

6 4 5

31. Primer apellido

ALBA

32. Segundo apellido

GARCIA

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ORLANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 50 BIS A 39 A 54 SUR

42. Correo electrónico

coag4@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 4 1 2 1 0 2

45. Teléfono 2

3 1 0 6 7 9 2 7 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 1 1 0

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 0, 1 2, 1 7

Actividad secundaria

48. Código

7 0 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 0 2, 0 1

Otras actividades

50. Código

8 5 4 1, 8 5 2 3

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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  
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario  
22- Obligado a cumplir deberes formales a  
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

2020 - 01 - 20

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:

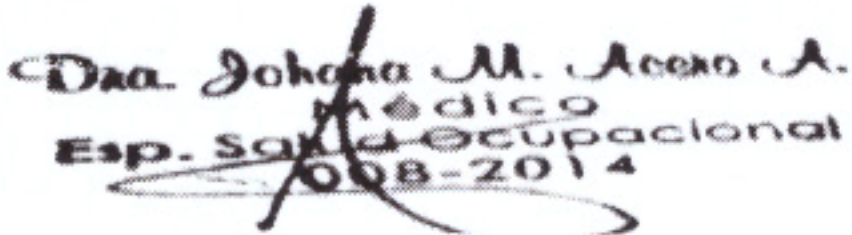
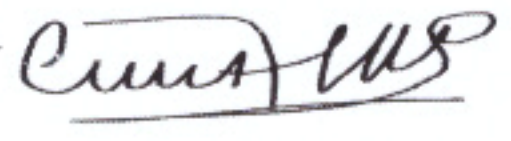
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO

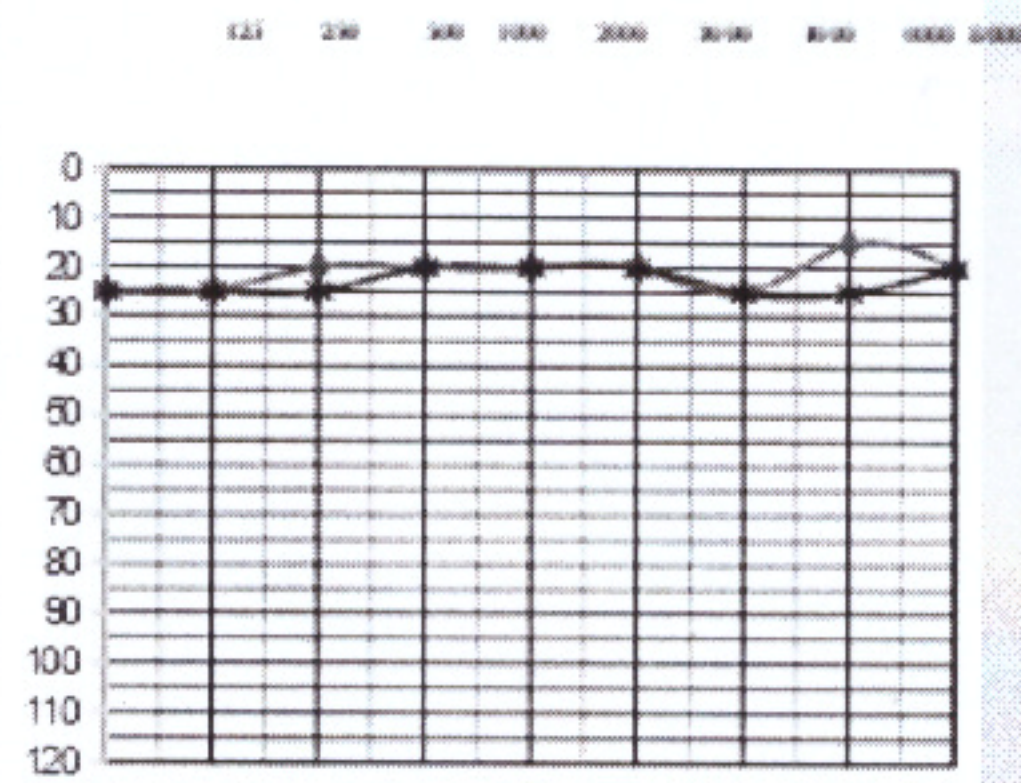
985. Cargo CONTRIBUYENTE

# CONCEPTO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                 | ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS             |                                                                                                 |  |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 | Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712 |                                                                                                 |                                                                                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 | Nit No. 900.858.795-4                  |                                                                                                 |                                                                                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 | CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL            |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 22/01/20        | Hora Llegada                           | 09:00:00                                                                                        | Hora salida                                                                         | 10:53 |
| Resolución No 12182 de 30/09/2015                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| I- IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| NOMBRE Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| CARLOS ORLADO ALBA GARCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| N° DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 368889          | GENERO                                 | MASCULINO                                                                                       | EDAD                                                                                | 53    |
| EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SENA            | CARGO                                  | INSTRUCTOR                                                                                      |                                                                                     |       |
| EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| ENF OSTEOMSUCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AUDIOMETRIA     | OPTOMETRIA                             | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                                                       |                                                                                     |       |
| GLICEMIA/ CH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PERFIL LIPIDICO | TEST PSICOLOGICO                       | CARDIOVASCULAR                                                                                  |                                                                                     |       |
| II-CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| TIPO DE EXAMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INGRESO         | CON RESTRICCIONES PARA ELCARGO         |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| Enfermedad general                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI              | Otros                                  | NO                                                                                              | Cuales                                                                              |       |
| III- RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE, USO DE EPP, REALIZAR EJERCICIO DIETA HIPOGRASA E HIPOGLUCIDA, CITA POR CX GENERAL EN EPS, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, PACIENTE SIN DEFICTI NEUROLOGICO NI PSICOLOGICO, CARDIOVASCULARMENTE SANO, CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL. |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| IV - RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| 1. USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA 2. NO LEVANTAR CARGA MAYOR A 20KG                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.                                                                     |                 |                                        |                                                                                                 |                                                                                     |       |
| <br>Dra. Johana M. Acero A.<br>Médico<br>Esp. Salud Ocupacional<br>008-2014                                                                                                                                                                            |                 |                                        | <br>368889 |                                                                                     |       |
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                        | FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR                                                                   |                                                                                     |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     | <b>ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS</b>                                                                 |                     |  |                      |                                   |
| DEPARTAMENTO MEDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | Carrera 61 B D E - 03 Telefono 2830712                                                                |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     | Nit No. 900.030.793-1                                                                                 |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     | OPTOMETRIA OCUPACIONAL                                                                                |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 22/01/20            | Hora inicio consulta                                                                                  | 09:00:00            | Historia No                                                                         | 368889               | Resolución No 12482 de 30/09/2015 |
| <b>I- IDENTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| Nombre y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                       |                     | Identificación                                                                      | 368889               |                                   |
| CARLOS ORLANDO ALEA GARCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                       |                     | EDAD                                                                                | 22                   |                                   |
| MASCULINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento | 26/08/1998                                                                                            | Lugar de nacimiento | BOGOTA                                                                              |                      |                                   |
| Escolaridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | postgrado           | Estado Civil                                                                                          | Separado (a)        | Dirección                                                                           | CR 20 NO 25 A 24 SUR |                                   |
| Barrio                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VILLA SONIA         | Ciudad                                                                                                |                     | Telefono                                                                            | 3106792758           |                                   |
| Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SENA                |                                                                                                       | Cargo               | INSTRUCTOR                                                                          |                      |                                   |
| Fecha de ingreso a la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 30/12/99            | Antigüedad en la empresa                                                                              |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <b>II- ANTECEDENTES VISUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| PERSONALES VISUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | NEGA                                                                                                  |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | DESPRENDIMIENTO DE RETINA OD                                                                          |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| QUIRURGICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | NEGA                                                                                                  |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| ULT. CONTROL VISUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | USA CORRECCION OPTICA                                                                                 |                     | TIPO DE RX                                                                          |                      |                                   |
| ULTIMO CAMBIO DE LENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     | ESTADO ACTUAL DE LA CORRECCION                                                                        |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| CORRECCION EN USO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | OD                                                                                                    |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     | OI                                                                                                    |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <b>III- ANTECEDENTES FAMILIARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| HISTORIA FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | ENF. OCULARES                                                                                         |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <b>IV- MOTIVO DE CONSULTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| Dism. AV VL                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | Dism. AV VP                                                                                           |                     | Dolor de Cabeza                                                                     |                      | Ardor ocular                      |
| Vision Borrosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     | Secreción Ocular                                                                                      |                     | Cenancio Ocular                                                                     |                      | Dolor Ocular                      |
| Sensación de C.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | Molestias a la Luz                                                                                    |                     | Ninguno                                                                             |                      | Control                           |
| <b>V- EXAMEN EXTERNO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <b>VI- AGUDEZA VISUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| AGUDEZA VISUAL LEJANA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                                                                                       |                     | AGUDEZA VISUAL PROXIMA                                                              |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | AV CC               | AV SC                                                                                                 | PH                  |                                                                                     | AV CC                | AV SC DP                          |
| OD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | 20/40                                                                                                 |                     | OD                                                                                  |                      | 0.5                               |
| OI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | 20/30                                                                                                 |                     | OI                                                                                  |                      | 0.5                               |
| <b>VII- MOTILIDAD OCULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| DUCCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     | NORMAL                                                                                                |                     | CT en VL                                                                            | ORTHO                | PPC                               |
| VERSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     | NORMAL                                                                                                |                     | CT en VP                                                                            | K                    | 10/12                             |
| <b>VIII- QUERATOMETRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| OD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO SE REALIZA       |                                                                                                       |                     | OI                                                                                  | NO SE REALIZA        |                                   |
| <b>IX- OFTALMOSCOPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| OD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NORMAL              |                                                                                                       |                     | OI                                                                                  | NORMAL               |                                   |
| <b>X- RETINOSCOPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ESF                 | CL                                                                                                    | EE                  |                                                                                     | ESF                  | CL EE ADD                         |
| OD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                       |                     | OD                                                                                  |                      |                                   |
| OI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                       |                     | OI                                                                                  |                      |                                   |
| <b>XII- TEST DE VISION CROMATICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <b>XIII- TEST DE ESTEREOPSIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| XIV- DIAGNOSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     | HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO                                                                           |                     |                                                                                     |                      | APLAZADO                          |
| XV- RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA. CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA. SE RECOMIENDA CAMBIAR LENTES |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| XVI- RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     | USO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA                                                                 |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| <p>Firmado y Acepto que la información suministrada es la verdadera respecto a mi historial y salud ocular y me comprometo a mantenerla actualizada. No soy un trabajador de riesgo. Los resultados de los diferentes exámenes, sus causas, compensaciones, restricciones y sus consecuencias. En consecuencia:</p> |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                       |                     |                                                                                     |                      |                                   |
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                                                                                       |                     | FIRMA Y Cedula DEL TRABAJADOR                                                       |                      |                                   |

| A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | B                   | C               | D                    | E                                      | F               | G               | H               | I               | J                                 | K                  | L                                                                                   | M                    | N                    | O               | P               |          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------|--|
| DEPARTAMENTO MEDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                 |                      | ZADATPS SAUD OCUPACIONAL SAS           |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |  |                      |                      |                 |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      | Carrera 61 # 57 - 03 Teléfono: 2530712 |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      | Nº No. 900.850.793-1                   |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      | AUDIOMETRIA OCUPACIONAL                |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 22/01/20            |                 | Hora inicio consulta | 09:00:00                               |                 | Historia No     | 355559          |                 | Resolución No 12482 de 30/09/2015 |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| Nombres y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     | Identificación       | 355559               |                 |                 |          |  |
| CARLOS ORLANDO ALEA GARCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     | EDAD                 | 33                   |                 |                 |          |  |
| MASCULINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de nacimiento |                 |                      | 25/03/1986                             |                 |                 | Lugar           |                 |                                   | BOGOTA             |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| Escolaridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | postgrado           |                 |                      | Estado Civil                           |                 |                 | Separado /al    |                 |                                   | Dirección          |                                                                                     |                      | CR 50 NO 39 A 54 SUR |                 |                 |          |  |
| Barrio                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VILLA SONIA         |                 |                      | Ciudad                                 |                 |                 | 0               |                 |                                   | celular            |                                                                                     |                      | 3105792758           |                 |                 |          |  |
| Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SENA                |                 |                      | Antigüedad                             |                 |                 | 5 AÑOS          |                 |                                   | Cargo              |                                                                                     |                      | INSTRUCTOR           |                 |                 |          |  |
| III- ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| A- LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                 |                      | OFICIO                                 |                 |                 |                 | ANTIGÜEDAD      |                                   |                    |                                                                                     | TIEMPO DE EXPOSICION |                      |                 |                 | EPP      |  |
| LLEVA 5 AÑOS EN LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                 |                      | INSTRUCTOR                             |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     | NO                   |                      |                 |                 | NO       |  |
| B- PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| PATOLOGIAS O LESIONES AUDITIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      | NO                                     | Cual            | NINGUNO         |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| Quirúrgicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                 |                      | NO                                     | Cual            | NEGATIVO        |                 |                 |                                   | EXPOSICION A RUIDO |                                                                                     |                      |                      | NO              | Cual            | NEGATIVO |  |
| Traumáticas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                 |                      | NO                                     | Cual            | NEGATIVO        |                 |                 |                                   | Medicamentosa      |                                                                                     |                      |                      | NO              | Cual            | NEGATIVO |  |
| Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                 |                      | NINGUNO                                |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| III- FAMILIARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      | NO                                     |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| IV- EXPLORACION AUDITIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| PABELLON AUDITIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| CONDUCTO AUDITIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| MEMBRANA TIMPANICA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                 |                      | CAE Y MT NORMAL BILATERAL              |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| V- AUDIOGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| AHLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 | OSEA            |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| O.D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     | O.I.            |                      | O.D.                                   |                 | O.I.            |                 | O.D.            |                                   | O.I.               |                                                                                     | O.D.                 |                      | O.I.            |                 |          |  |
| Frecuencia (Hz)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Intensidad (dB)     | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB)      | Frecuencia (Hz)                        | Intensidad (dB) | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB)                   | Frecuencia (Hz)    | Intensidad (dB)                                                                     | Frecuencia (Hz)      | Intensidad (dB)      | Frecuencia (Hz) | Intensidad (dB) |          |  |
| 125                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 125             | 25                   | 125                                    |                 | 125             |                 | 125             |                                   | 125                |                                                                                     | 125                  |                      | 125             |                 |          |  |
| 150                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 150             | 25                   | 150                                    |                 | 150             |                 | 150             |                                   | 150                |                                                                                     | 150                  |                      | 150             |                 |          |  |
| 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 200             | 25                   | 200                                    |                 | 200             |                 | 200             |                                   | 200                |                                                                                     | 200                  |                      | 200             |                 |          |  |
| 250                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 250             | 25                   | 250                                    |                 | 250             |                 | 250             |                                   | 250                |                                                                                     | 250                  |                      | 250             |                 |          |  |
| 315                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 315             | 25                   | 315                                    |                 | 315             |                 | 315             |                                   | 315                |                                                                                     | 315                  |                      | 315             |                 |          |  |
| 400                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 400             | 25                   | 400                                    |                 | 400             |                 | 400             |                                   | 400                |                                                                                     | 400                  |                      | 400             |                 |          |  |
| 500                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 500             | 25                   | 500                                    |                 | 500             |                 | 500             |                                   | 500                |                                                                                     | 500                  |                      | 500             |                 |          |  |
| 630                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 630             | 25                   | 630                                    |                 | 630             |                 | 630             |                                   | 630                |                                                                                     | 630                  |                      | 630             |                 |          |  |
| 800                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25                  | 800             | 25                   | 800                                    |                 | 800             |                 | 800             |                                   | 800                |                                                                                     | 800                  |                      | 800             |                 |          |  |
| 1000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 1000            | 25                   | 1000                                   |                 | 1000            |                 | 1000            |                                   | 1000               |                                                                                     | 1000                 |                      | 1000            |                 |          |  |
| 1250                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 1250            | 25                   | 1250                                   |                 | 1250            |                 | 1250            |                                   | 1250               |                                                                                     | 1250                 |                      | 1250            |                 |          |  |
| 1600                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 1600            | 25                   | 1600                                   |                 | 1600            |                 | 1600            |                                   | 1600               |                                                                                     | 1600                 |                      | 1600            |                 |          |  |
| 2000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 2000            | 25                   | 2000                                   |                 | 2000            |                 | 2000            |                                   | 2000               |                                                                                     | 2000                 |                      | 2000            |                 |          |  |
| 2500                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 2500            | 25                   | 2500                                   |                 | 2500            |                 | 2500            |                                   | 2500               |                                                                                     | 2500                 |                      | 2500            |                 |          |  |
| 3150                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 3150            | 25                   | 3150                                   |                 | 3150            |                 | 3150            |                                   | 3150               |                                                                                     | 3150                 |                      | 3150            |                 |          |  |
| 4000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 4000            | 25                   | 4000                                   |                 | 4000            |                 | 4000            |                                   | 4000               |                                                                                     | 4000                 |                      | 4000            |                 |          |  |
| 5000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25                  | 5000            | 25                   | 5000                                   |                 | 5000            |                 | 5000            |                                   | 5000               |                                                                                     | 5000                 |                      | 5000            |                 |          |  |
| VI- DIAGNOSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| AUDICION BILATERAL NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| VII- RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| VIII- RESTRICCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| CONTROL PERIODICO POR AUDIOLOGIA, AUTO CUIDADO AUDITIVO                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| <p>Entiéndase y asegure que el interesado comprende en su totalidad los riesgos de la exposición y los beneficios de la misma, así como los riesgos y la compensación de los resultados de los diferentes exámenes, sus riesgos ocupacionales, estereotaxiográficos y sus consecuencias. En conformidad a lo</p> |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |
| <div> <div> FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL </div> <div> FIRMA Y CEBUJA DEL TRABAJADOR </div> </div>                                                                                                                                                                                                     |                     |                 |                      |                                        |                 |                 |                 |                 |                                   |                    |                                                                                     |                      |                      |                 |                 |          |  |



## CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 17 del mes de Enero de 2020.



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA

Documento de Identidad: 368.889 DE SAN ANTONIO





### Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 368889 realizó el día 16/02/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 368889 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 -



**POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 368.889, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012371625.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



## CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,  
DISTRITO  
CAPITAL,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**16/02/2021**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **368889**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0570007070295766</b> |
| Fecha de apertura | <b>10/07/2012</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL  
DECRETO 1082 DE 2015**

|                       |  |      |  |      |  |                      |  |      |        |      |                 |                |  |        |                 |                  |  |        |  |        |  |
|-----------------------|--|------|--|------|--|----------------------|--|------|--------|------|-----------------|----------------|--|--------|-----------------|------------------|--|--------|--|--------|--|
| Ciudad de Expedición: |  |      |  |      |  | Sucursal:            |  |      |        |      |                 | Cod. Sucursal: |  |        | Nro. Póliza:    |                  |  | Anexo: |  |        |  |
| BOGOTÁ, D.C.          |  |      |  |      |  | CENTRO INTERNACIONAL |  |      |        |      |                 | 12             |  |        | 12-46-101044230 |                  |  | 0      |  |        |  |
| Fecha Expedición:     |  |      |  |      |  | Vigencia Desde:      |  |      | A las: |      | Vigencia Hasta: |                |  | A las: |                 | Tipo Movimiento: |  |        |  |        |  |
| Día:                  |  | Mes: |  | Año: |  | Día:                 |  | Mes: |        | Año: |                 | Horas:         |  | Día:   |                 | Mes:             |  | Año:   |  | Horas: |  |
| 01                    |  | 02   |  | 2021 |  | 01                   |  | 02   |        | 2021 |                 | 00:00          |  | 30     |                 | 04               |  | 2022   |  | 00:00  |  |
| EMISIÓN ORIGINAL      |  |      |  |      |  |                      |  |      |        |      |                 |                |  |        |                 |                  |  |        |  |        |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                   |  |  |  |  |  |                                         |  |                        |  |                      |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre o Razón Social: ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO |  |  |  |  |  |                                         |  | Identificación: 368889 |  |                      |  |
| Dirección: CRA 50 BIS A NO. 39 A 54 SUR           |  |  |  |  |  | Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL |  |                        |  | Teléfono: 3106792758 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                                              |  |  |  |  |  |                                         |  |                             |  |                   |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |  |  |  |  |  |                                         |  | Identificación: 899999034-1 |  |                   |  |
| Dirección: CL 52 N. 13-65                                    |  |  |  |  |  | Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL |  |                             |  | Teléfono: 5941301 |  |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN 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.2192032 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN EL ÁREA DE INDUSTRIAS CREATIVAS.

**AMPAROS**

|                                 |  |                 |                 |                          |
|---------------------------------|--|-----------------|-----------------|--------------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS |  |                 |                 |                          |
| AMPAROS:                        |  | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO       |  | 01/02/2021      | 30/04/2022      | \$ 3,666,046.00          |
| OBSERVACIONES:                  |  |                 |                 |                          |

|                   |                    |             |                |                        |                       |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA:        | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
| \$ 20,000.00      | \$ 8,000.00        | \$ 5,320.00 | \$ 33,320.00   | \$ 3,666,046.00        | 01/02/2021            |

|                                         |        |                     |                        |                  |                  |
|-----------------------------------------|--------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| INTERMEDIARIO                           |        |                     | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                  |                  |
| Nombre:                                 | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía:       | % Participación: | Valor Asegurado: |
| TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA.LTDA. | 978040 | 100,00              |                        |                  |                  |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 - BOGOTÁ, D.C.







FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas  
Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.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.

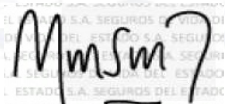
NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO \* RESPONSABLE IVA

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

Hacemos constar, que la póliza No. 12-46-101044230, 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 BOGOTÁ, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2021



MANUEL SARMIENTO  
VICEPRESIDENTE DE FIANZAS

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

12461010442300

|                                                                 |                                                   |                         |                   |             |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| FECHA                                                           |                                                   |                         |                   |             |
| 01/02/2021                                                      |                                                   |                         |                   |             |
| RECIBIMOS DE:                                                   | ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO                        |                         | C.C. 368889       |             |
| LA SUMA DE:                                                     | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                         |                   |             |
| POR CONCEPTO DE:                                                | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101044230              |                         |                   |             |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                            |                                                   | PRIMA                   | GASTOS EXPEDICION | IVA         |
| CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101044230 - 0 - 0          |                                                   | \$ 20,000.00            | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                   |                                                   |                         |                   |             |
| INTERMEDIARIO: TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA.LTDA. - 978040 |                                                   | EFFECTIVO: \$ 33,320.00 |                   |             |
|                                                                 |                                                   | CHEQUE: \$ 0.00         |                   |             |
|                                                                 |                                                   | TARJETA: \$ 0.00        |                   |             |
|                                                                 |                                                   | BD: \$ 0.00             |                   |             |
|                                                                 |                                                   | OTROS: \$ 0.00          |                   |             |
|                                                                 |                                                   | TOTAL: \$ 33,320.00     |                   |             |
| CAJERO: RAPIESTADO                                              |                                                   |                         |                   |             |

ORIGINAL

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°:

12461010442300

|                                                                 |                                                   |                         |                   |             |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| FECHA                                                           |                                                   |                         |                   |             |
| 01/02/2021                                                      |                                                   |                         |                   |             |
| RECIBIMOS DE:                                                   | ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO                        |                         | C.C. 368889       |             |
| LA SUMA DE:                                                     | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |                         |                   |             |
| POR CONCEPTO DE:                                                | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101044230              |                         |                   |             |
| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA                            |                                                   | PRIMA                   | GASTOS EXPEDICION | IVA         |
| CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101044230 - 0 - 0          |                                                   | \$ 20,000.00            | \$ 8,000.00       | \$ 5,320.00 |
| FORMA DE PAGO                                                   |                                                   |                         |                   |             |
| INTERMEDIARIO: TECNISEGUROS MONTAÑA PERAZA Y CIA.LTDA. - 978040 |                                                   | EFFECTIVO: \$ 33,320.00 |                   |             |
|                                                                 |                                                   | CHEQUE: \$ 0.00         |                   |             |
|                                                                 |                                                   | TARJETA: \$ 0.00        |                   |             |
|                                                                 |                                                   | BD: \$ 0.00             |                   |             |
|                                                                 |                                                   | OTROS: \$ 0.00          |                   |             |
|                                                                 |                                                   | TOTAL: \$ 33,320.00     |                   |             |
| CAJERO: RAPIESTADO                                              |                                                   |                         |                   |             |

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.12-46-101044230**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEERÁN 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.

Bogotá D.C 16 de febrero de 2021

Señores

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

La Ciudad

**Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013**

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

1. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos “SI” provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
2. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos “SI”, provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
3. *Por el año gravable 2020, soy una persona natural que “SI” quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano”*
4. *Por el año gravable 2020, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$49.849.000)*
5. *Por el año gravable 2020, NO desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolló no le generó más del veinte por ciento (20%) de sus ingresos brutos.*
6. *Por el año gravable 2020, NO preste servicios técnicos que requirieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represente más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.*

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 16 días del mes de febrero de 2021



CARLOS ORLANDO ALBA GARCIA

C. C. 368.889 de SAN ANTONIO

## **CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 16 de febrero de 2021

Señores

### **SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**

Ciudad

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

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

|             |                      |                                     |             |
|-------------|----------------------|-------------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1.013.269.285</b> | <b>SAHILY VANESA ALBA GUALTEROS</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|----------------------|-------------------------------------|-------------|

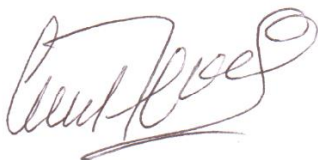
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CARLOS ORLADO ALBA GARCIA

C.C. 368.889 DE SANA ANTONIO

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| <b>DEDUCCION</b> | <b>CONCEPTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>REQUISITOS</b>                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DEPENDIENTES     | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Registro civil de nacimiento                                         |
|                  | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
|                  | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                                                                                                                                                                              | Certificado de Medicina Legal                                        |
|                  | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal                                             | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal     |
|                  | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                                  | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal     |



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1,013,269,285

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42038070

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 63 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1073

País - Departamento - Municipio Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA, D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ALBA

GUALTEROS

Nombre(s)

SAHILY VANESA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año

2009

Mes

FEB

Día

20

FEMENINO

B

POSITIVO

País de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

51739012-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUALTEROS GARZON CLAUDIA LILIAN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 52,646,337 USAQUEN

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 368,889 SANTANDERITO- SAN ANTONIO TEQUENDAMA (CUND)

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALBA GARCIA CARLOS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 368,889 SANTANDERITO- SAN ANTONIO TEQUENDAMA (CUND)

*[Firma]*



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

2009

Mes

FEB

Día

23

VICTORIA C. SAAVEDRA S.

Nombre y firma

COPIA GRATUITA



COMO NOTARIA SESENTA Y TRES  
DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR  
QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE  
CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN  
LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA  
23 FEB 2009

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —