SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE - BTA DC - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**88336-542751**
No. de documento	**7737**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWIN YERNEY SARAY CASTRO	**C.C.**	1.012.354.376	**IP/Nº de contacto**	3193255179
Correo electrónico contratista:	eysaray@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		478970013346	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2197931/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5021**	
Valor Total del Contrato	$ 41.210.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.210.000	**1**	**Del**	**03/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.310.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS Y ESPECIALIDADES IMPARTIDAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS DEL TRANSPORTE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.591.550**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 863.850	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.591.550,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	33.379,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.866.621,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de guías de los programas de formación.
Adelantar las evidencias y las pruebas requeridas para aplicar en el proceso de a certificación de competencias.
Formación a aprendices en bilingüismo.
Diligenciar los reportes cumpliendo con su entrega dentro del tiempo justo
Cumplimiento en iniciar la formación presencial remota y dejar la debida evidencia.
Asistir a las reuniones y formación del sector productivo.
Planear y coordinar cursos complementarios de inglés cuando es necesario
Participación en eventos de capacitación
Evaluación de los procesos de formación y sus resultados.

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

EDWIN YERNEY SARAY CASTRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HENRY JOYA RODRIGUEZ
INSTRUCTOR G16

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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012354376
NOMBRES Y APELLIDOS	Saray Castro,Edwin Yerney
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Saray Castro,Edwin Yerney, a los 15 días del mes de febrero del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14729389494

(415)7707212489984(8020) 000001472938949 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SARAY	CASTRO	EDWIN	YERNEY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 94 N 83 50 SUR AP 304

42. Correo electrónico: esaray31@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 8 8 5 0 1 8	3 2 0 3 9 8 4 8 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 3 0 3 1 5	8 5 4 2	2 0 1 4 0 8 1 1	8 2 9 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2021 - 01 - 26 / 12 : 47: 06

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:

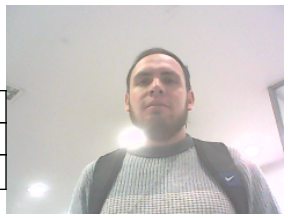
984. Nombre SARAY CASTRO EDWIN YERNEY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUDIOMETRIA

Fecha de impresión 03/02/2020 6.21 PM

Fecha del Examen: 2020-02-03 11:25:55 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD	**Nit**	830104032-4
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Teléfonos**	4173131
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN YERNEY SARAY CASTRO			**Identificación**	C	1012354376	**Sexo**	M	**G.S. Rh.**	A +
Fecha de Nacimiento	17/07/1989	**Lugar Nacimiento**	BOGOTA		**Edad**	30 Años	**Estado Civil**		Soltero (a)	
Escolaridad	Profesional	**Procedencia**	**Departamento**	Bogotá, D.C.			**Municipio**	Bogotá, D.C.		
Dirección	CR 94 83 50				**Teléfonos**	3203984871				
EPS	Sanitas		**ARL**	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS						

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares		
Empresa en Misión	Atencion a Particulares	**Cargo**	NO APLICA
Fecha Ingreso	INSTRUCTOR	**Jornada de trabajo**	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

TIENE ANTECEDENTES	SI	

EMPRESA 1		
EMPRESA	SENA	
CARGO	INSTRUCTOR DE INGLES	
ANTIGUEDAD	9 AÑOS	
EXPOSICION A RUIDO	SI	RUIDO AMBIENTAL
TIEMPO DE EXPOSICION	8 HORAS DIARIAS	
USO E.P.A	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO APLICA	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
OBSERVACIONES	NO APLICA	

EMPRESA 2		
EMPRESA	NO APLICA	
CARGO	NO APLICA	
ANTIGUEDAD	NO APLICA	
EXPOSICION A RUIDO	NO APLICA	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
USO E.P.A	NO APLICA	
TIPO	NO APLICA	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO APLICA	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
OBSERVACIONES	NO APLICA	

ANTECEDENTES NOSOACUSTICOS

Nombres y Apellidos EDWIN YERNEY SARAY CASTRO **Identificación** CC 1012354376

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO REFIERE	
PARENTESCO	NO APLICA	
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
RESULTADO	NORMAL	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	2019 ENERO	

¿PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?		
ACÚFENOS	NO REFIERE	
CIRUGIA DE OIDO	NO REFIERE	
HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE	
OTALGIA	NO REFIERE	
OTITIS	BILATERAL	ULTIMO EPISODIO HACE 3 AÑOS
OTORRAGIA	NO REFIERE	
OTORREA	NO REFIERE	
OTOTOXICOS	NO REFIERE	
PRURITO	NO REFIERE	
SENSACION DE OIDO TAPADO	NO REFIERE	
TRAUMA	NO REFIERE	
VERTIGO	NO REFIERE	
OTROS	NO REFIERE	
OBSERVACIONES	NINGUNA	

ANTECEDENTES SOCIOACUSTICOS

TEJO O MINITEJO	NO	
MOTOCICLISMO	NO	
USO DE AUDIFONOS	NO	
DISCOTECA-CONCIERTOS	NO	
PRACTICA POLIGONO	NO	
BUCEO NATACION	NO	
OBSERVACIONES	NINGUNA	

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	NO REFIERE
TIEMPO REPOSO AUDITIVO (HORAS)	SI 6 HORAS DIARIAS

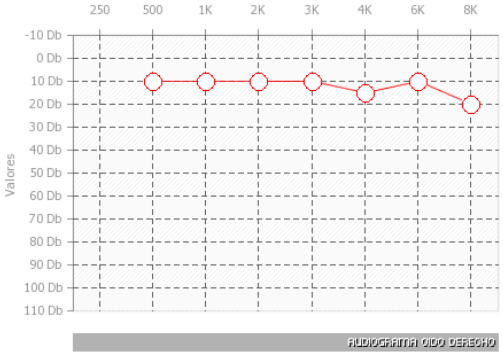
OTOSCOPIA

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
C.A.E DERECHO	NORMAL	
C.A.E IZQUIERDO	NORMAL	
M.T IZQUIERDA	NORMAL	
M.T DERECHA	NORMAL	

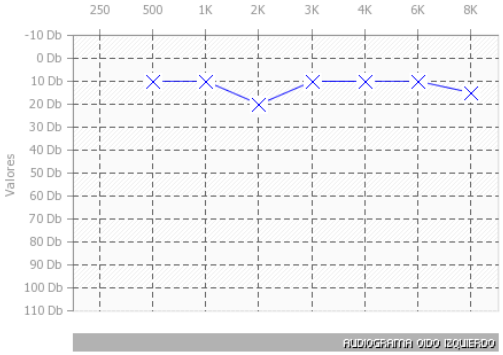
AUDIOGRAMA

Nombres y Apellidos EDWIN YERNEY SARAY CASTRO **Identificación** CC 1012354376

Oído Derecho



Oído Izquierdo



AUDIOGRAMA PTA AREA

PTA OI	12.5
PTA OD	10
ELI	NO APLICA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

OIDO DERECHO		
OIDO DERECHO	SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL	
GRADO	NO APLICA	

OIDO IZQUIERDO		
OIDO IZQUIERDO	SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL	
GRADO	NO APLICA	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de oídos y de la audición
INTERPRETACION Y OBSERVACIONES	PACIENTE CON AUDICIÓN DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES A NIVEL BILATERAL, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO SEGÚN LABOR Y CONTROL AUDITIVO SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



CAROL YOHANA BORDA RAMOS
C.C 1120565997 RM: 1398 DE 2011
Firma y sello del Médico Evaluador



EDWIN YERNEY SARAY CASTRO
C.C 1012354376
Firma del trabajador Evaluado

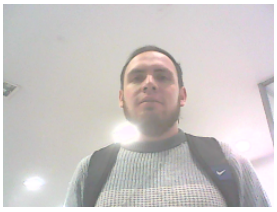


EXAMEN OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 03/02/2020 6.21 PM

FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DEL EXAMEN 2020-02-03 11:34:10



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD	**Nit**	830104032-4
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Teléfonos**	4173131
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN YERNEY SARAY CASTRO			**Identificación**	C	1012354376	**Sexo**	M	**G.S. Rh.** A +
Fecha de Nacimiento	17/07/1989	**Lugar Nacimiento**	BOGOTA		**Edad**	30 Años	**Estado Civil**		Soltero (a)
Escolaridad	Profesional	**Procedencia**	**Departamento**	Bogotá, D.C.			**Municipio**		Bogotá, D.C.
Dirección	CR 94 83 50				**Teléfonos**	3203984871			
EPS	Sanitas		**ARL**	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS					

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares		
Empresa en Misión	NO APLICA	**Cargo**	INSTRUCTOR
Fecha Ingreso	SIN INFORMACION	**Jornada de trabajo**	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

TIENE ANTECEDENTES	SI	

EMPRESA 1		
EMPRESA	SENA	
CARGO	INSTRUCTOR DE INGLES	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
ANTIGUEDAD	9 AÑOS	
USO E.P.A	NO APLICA	
RIESGO FISICO	NO	
RIESGO QUIMICO	NO	
RIESGO BIOLOGICO	NO	
RIESGO ERGONOMICO	NO	
RIESGO MECANICO	NO	
OBSERVACIONES	NO APLICA	

EMPRESA 2		
EMPRESA	NO APLICA	
CARGO	NO APLICA	
ANTIGUEDAD	NO APLICA	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
USO E.P.A	NO APLICA	
RIESGO FISICO	NO	
RIESGO QUIMICO	NO	
RIESGO BIOLOGICO	NO	
RIESGO ERGONOMICO	NO	
RIESGO MECANICO	NO	
OBSERVACIONES	NO APLICA	

Nombres y Apellidos EDWIN YERNEY SARAY CASTRO **Identificación** CC 1012354376

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS)	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

Ultimo Examen	Usa RX	OD	OI	CORRECCION
Mayor a 2 años	NO			NO

SINTOMATOLOGIA

DISMINUCION AV LEJOS	NO	
DISMINUCION AV CERCA	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
CANSANCIO	NO	
DESVIACION OCULAR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ARDOR	NO	
PRURITO	NO	
CEFALEA	NO	
SECRECION	NO	
RESEQUEDAD	NO	
FOTOFOBIA	NO	
OTROS	NO APLICA	

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**
LEJANA	20/20	20/20	20/20			
PROXIMA	0.50 m	0.50 m	0.50 m			

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS	SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

VL	VP
ORTHOFORIA	EXOFORIA

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	**OJO IZQUIERDO**
FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD	FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO	**OJO IZQUIERDO**
NO APLICA	NO APLICA

RX FINAL

OJO DERECHO	NEUTRO	
AV	20/20	
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	
AV	20/20	

Nombres y Apellidos EDWIN YERNEY SARAY CASTRO **Identificación** CC 1012354376

AV/AO	20/20	
ADD		
AVC	0.50 m	
FILTRO	NO APLICA	
USO	NO APLICA	
DISTANCIA INTERPUPILAR (mm)		
TIPO DE LENTE	NO APLICA	

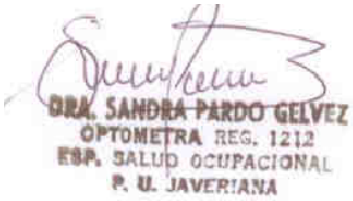
PERCEPCION

VISION CROMATICA	NORMAL	
ESTEREOPSIS	NORMAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de ojos y de la visión
DIAGNOSTICO RELACIONADO	EMETROPE
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	EMETROPE. SE RECOMIENDA USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE. CONTROL VISUAL SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales,extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.



SANDRA MILENA PARDO
RM: RESOL. 3150 del 10/04/2017
Firma y sello del Médico Evaluador

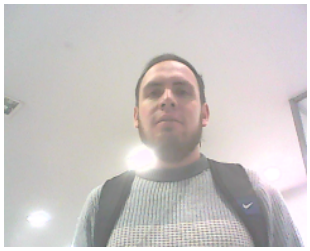


EDWIN YERNEY SARAY CASTRO
C.C 1012354376
Firma del trabajador Evaluado



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2020/02/03 06:22:25 pm



DATOS DE INSTITUCIÔN

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	BOGOTA	**Nit:**	830104032-4
e-mail:	coordinacionso@miratusalud.com.co	**Teléfonos:**	4173131

TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
FECHA EXAMEN: 2020-02-03 12:05:57

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres Y Apellidos	EDWIN YERNEY SARAY CASTRO			**Identificación**	CC	1012354376	
Fecha de nacimiento	1989-07-17	**Edad**	30	**Telefonos**	3203984871		
Dirrección	CR 94 83 50	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**EPS**	Sanitas	
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	**Fondo de Pensiones**	PROTECCION S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	ATENCION A PARTICULARES	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
CARGO	INSTRUCTOR	**FECHA DE INGRESO**	

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
CUADRO HEMATICO SALUD OCUPACIONAL	GLICEMIA SALUD OCUPACIONAL	PARCIAL ORINA + FCO (SALUD OCUPACIONAL)
PERFIL LIPIDICO SALUD OCUPACIONAL		

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

RECOMENDACIONES

INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CUANDO LO REQUIERA.
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

"Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Medica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la perdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos."

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2020/02/03 06:22:26 pm

Dr. HARRISON A. BARON A.
EPS. SALUD OCUPACIONAL
U. ROSARIO
C.C. 79.783.480 BTA.
LIC. 4843 / 2014.

HARRISON AUGUSTO BARON AVILA.
RM: 1578 de 2001
Firma y sello del médico evaluador

CC 1012354376
Firma del trabajador evaluado



FECHA DEL EXAMEN 2020-02-03 11:02:00



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD	**Nit**	830104032-4
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Teléfonos**	4173131
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	EDWIN YERNEY SARAY CASTRO						
IDENTIFICACION	CC	1012354376	**EDAD**	30 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	17/07/1989		
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA	**DIRECCION**	CR 94 83 50	**Estrato**	2		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Bogotá, D.C.	**MUNICIPIO**	Bogotá, D.C.	**TELEFONOS**	3203984871	
GRUPO FAMILIAR			**GRUPO SANGUINEO**	A +			
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS						
EPS	SANITAS						

LABORATORIO CLINICO

CUADRO HEMATICO SALUD OCUPACIONAL

GLOBULOS BLANCOS	7.00	mm3	4.5-10.5 X
NEUTROFILOS	60	%	
LINFOCITOS	38	%	
MID	2	%	
HEMOGLOBINA	17.3	gr/dl	150.-450
HEMATROCITO	47.6	%	36.0-54.0
PLAQUETAS	160	mm3	150.0- 450. X
OBSERVACIONES	0		
ADJUNTO	PL_IMAGEN ADJUNTO 60166		

GLICEMIA

RESULTADO	90	mg/dl	70 - 110 mg/dl
OBSERVACIONES	0	mg/dl	70 - 110 mg/dl

IMAGEN

ADJUNTO	PL_IMAGEN_ADJUNTO_31		
ADJUNTO	PL_IMAGEN_ADJUNTO_32	mg/dl	
ADJUNTO	PL_IMAGEN_ADJUNTO_18		

OSERVACIONES

OBSERVACIONES	0		
OBSERVACIONES	0		
OBSERVACIONES	0		

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO

COLOR	AMARILLO		

ASPECTO	LIG TURBIO
DENSIDAD	1025
P.H.	6.0
PROTEINA	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
BILIRUBINA	NEGATIVO
UROBILINOG	NORMAL

MICROSCOPICOS – SEDIMENTO URINARIO

BACTERIAS	OCASIONALES
CELULAS EPITELIALES	0-1XC
LEUCOCITOS	1-3XC
HEMATIES	NO SE OBSERVAN
CRISTALES	NO SE OBSERVAN

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	200	mg/dl	50-200
TRIGLICERIDOS	140	mg/dl	50-170
COLESTEROL HDL	38	mg/dl	45-100
COLESTEROL LDL	134	mg/dl	100-130

PERFIL LIPIDICO SALUD OCUPACIONAL

RESULTADO	0



LUIS ALEXANDER CORREDOR MONOGA
C.C 13275876 R:M 1
Firma y sello del Médico Evaluador

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN YERNEY SARAY CASTRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012354376 realizó el día 15/02/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

POSITIVA

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

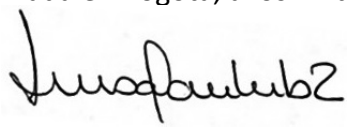
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que EDWIN YERNEY SARAY CASTRO, con Cédula Ciudadanía No. 1012354376 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 12/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012294326.

Dada en Bogotá, a los 11 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **15/02/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDWIN YERNEY SARAY CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012354376**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570478970013346**
Fecha de apertura	**14/03/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHAPINERO**	**14**	**14-44-101125451**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	**02**	**2021**	**03**	**02**	**2021**	**00:00**	**19**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
SARAY CASTRO, EDWIN YERNEY	**CC: 1012.354.376**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CRA 89 57A 36 SUR	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	7842343

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KR 4 NRO. 53 - 54	SOACHA, CUNDINAMARCA	5461600

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARAR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2197931; CUYO OBJETO PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, ASI COMO OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS Y ESPECIALIDADES IMPARTIDAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE DEL SENA - REGIONAL DISTRITO CAPITAL. BILINGISMO SEGUN CIRCULAR NO 3-2017-000237

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**03/02/2021**	**19/04/2022**	**$4,121,000.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********4,121,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARLENY ROMERO Y CIA LTDA ASESORES	4687	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-44-101125451

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CHAPINERO**	**14**	**14-44-101125451**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
03	**02**	**2021**	**03**	**02**	**2021**	**00:00**	**19**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	SARAY CASTRO, EDWIN YERNEY		**CC: 1012.354.376**
DIRECCIÓN: CRA 89 57A 36 SUR	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	7842343

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KR 4 NRO. 53 - 54	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	5461600

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard Diners Club International AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red. · Bancolombia Corresponsal Bancario

Carulla · éxito · Gana Gana · Su Red · Cadenaca

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********4,121,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
MARLENY ROMERO Y CIA LTDA ASESORES	4687	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002110287003(3900)000000033320(96)20220203

REFERENCIA PAGO:

1100211028700-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza Nº 101125451, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 03 días del mes de FEBRERO de 2021

14-44-101125451

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS

EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

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

Bogotá, 16 de febrero 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 :

a. 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.
b. 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 requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que SI obtuvo ingresos brutos totales superiores a UVT ($49.850.000)
e. Por el año gravable 2020, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa 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 de febrero de 2021.

FIRMA: 

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Yerney Saray castro

C.C. No. 1012354376