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 NORTE DE SANTANDER
CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIO -EXTENSIONISMO TECNOLOGICO
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	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**17 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**10693-137003**
No. de documento	**14531**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ	**C.C.**	1.090.381.117	**IP/Nº de contacto**	3015512810
Correo electrónico contratista:	mrtrianas@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	83278969536		
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:	2189187/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**20821**		
Valor Total del Contrato	$ 56.650.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 56.650.000	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 5.150.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 51.500.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL ECOSISTEMA SENNOVA, PARA IMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN A LAS EMPRESAS PARA MEJORAR LA TRANSFORMACIÓN DIG

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.150.000		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	**$ 5.150.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.035.925**		**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	----------	**48177822**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.060.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 257.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 329.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 10.800	$ 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	$ 515.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.011.975	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.035.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.562.900,00	
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 - 8542	21.902,00	0,480%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Departamental	103.000,00	2,000%
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	**$ 5.025.098,00**	

SON: CINCO MILLONES VEINTICINCO MIL NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Programación de sesiones virtuales con empresarios para asistencia semanal de la estrategia y reporte semanal
Reunión virtual para seguimiento de la estrategia mipymes se transforma a las empresas asignadas
Programación de sesiones virtuales con empresarios para socialización del Informe Inicial
Participación en comité de seguimiento semanal con los dinamizadores de extensionismo tecnológico regional.
Participación en dialogando con empresarios y bienvenida a empresas
Acta inicial, Acta de selección de indicadores, Acta de Plan de Mejora y Diagnóstico Softwhere Inicial
Reunión Comité Regional

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.

MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ
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,

WILMER GUEVARA
PROFESIONAL G09

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

EDUARDO RIVERA SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1090381117 TRIANA SANCHEZ MARGARITA ROSA	
Estado Cotizante:	**ACTIVO**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**94**
Fecha Afiliación:	**01/02/2019**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 20 de Enero de 2021 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TRIANA SANCHEZ MARGARITA ROSA** identificado(a) con **CC** número **1.090.381.117** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de septiembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de enero de 2021.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202101201650

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14733238790

(415)7707212489984(8020) 000001473323879 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1090381117	5	Impuestos de Cúcuta 7	

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 13	1090381117	2005 06 02

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Norte de Santander 54	Cúcuta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRIANA	SANCHEZ	MARGARITA	ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Norte de Santander 54	Cúcuta 001

41. Dirección principal: AV 10 ESTE 4 NORTE 30 BRR GOVIKA

42. Correo electrónico: mangarita328@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3015512810	5747264

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
7310	2009 08 01	7020	2009 08 04	8299 / 8544	2311	

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores						
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
54. Código																						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 2021 - 01 - 22 / 16 : 09: 59

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:

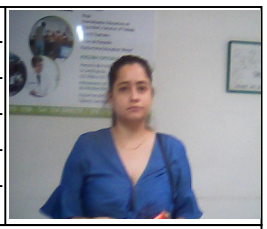
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TRIANA SANCHEZ MARGARITA ROSA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO

EMPRESA	2-3 SENA ADMINISTRATIVO			**FECHA**	2021/01/20
NOMBRE	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ				
CEDULA	1090381117	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	33	**F. NACIMIENTO**	1987/03/28	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	AV 10E # 4AN-30 GOVIKA				
TELEFONO	NO	**CELULAR**	3015512810	**CARGO**	ASESOR
PESO	63	**TALLA**	159	**I.M.C.**	24.9



EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLICEMIA BASAL	86.93	mg/dL	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	237.70	mg/dL	HASTA 200 mg/dL
COLESTEROL HDL	40.00	mg/dL	MAYOR 35 mg/dL
COLESTEROL LDL	172.70	mg/dL	MENOR 150 mg/dL
TRIGLICERIDO	122.70	mg/dL	HASTA 150 mg/dL

LUZ ADRIANA CASTANEDA
REGISTRO 171

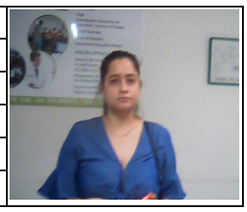
MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ
C.C. 1090381117

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

OPTOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA ADMINISTRATIVO			**FECHA**	2021/01/20
NOMBRE	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ				
CEDULA	1090381117	**DE**	CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	33	**F. NACIMIENTO**	1987/03/28	**LUGAR**	CUCUTA
DIRECCION	AV 10E # 4AN-30 GOVIKA				
TELEFONO	NO	**CELULAR**	3015512810	**CARGO**	ASESOR



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FR	PV	TIEMPO	PROM. H.E.	TOTAL H.E.	EFEC. EXP.
OPS ALCALDIA VILLA DEL	ASESOR DE DESPACHO	NO	NO	4 MESES	0	0	0
OPS ALCALDIA DE CUCUTA	ASESOR DE DESPACHO	NO	NO	4 MESES	0	0	0

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION NO	**DIABETES** NO	**MIGRAÑA** NO	**RINITIS** NO	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MIOPIA NO	**HIPERMETROPIA** NO	**ASTIGMATISMO** NO	**PRESBICIA** NO	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MOLESTIAS VISUALES NINGUNO					
ANT. FAMILIARES NO REPORTA					

4. AGUDEZA VISUAL

		V. LEJANA	V. CERCANA			V. LEJANA	V. CERCANA	RX EN USO
SC	O.D.	20/20	0.5 m	CC	O.D.	N/A	N/A	N/A
	O.I.	20/20	0.5 m		O.I.	N/A	N/A	N/A

5. INSPECCION OCULAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
PINGUECULA Y/O PTERIGIO	X	X	PINGUECULA
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO	NO	N/A
SECRECION	NO	NO	N/A
OTROS N/A			

MOTILIDAD	**VL** ORTHO		**VP** ORHTO		**PPC** 7 CM		
OFTALMOSCOPIA	**OD:** MEDIOS TRANSPARENTES			**OI:** MEDIOS TRANSPARENTES			
RETINOSCOPIA	**OD:** N	**AV** 20/20		**OI:** N	**AV** 20/20		
RX FINAL	**OD:** N	**AV** 20/20		**OI:** N	**AV** 20/20		

6. OTROS ASPECTOS POR VALORAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
ESTEREO TEST	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
VISION DEL COLOR ISHIHARA	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
CAMPIMETRIA DE CONFRONTACION	NORMAL	NORMAL	NINGUNA

DIAGNOSTICO EMETROPE

CONDUCTA CONTROL EN 1 AÑO

OBSERVACIONES NINGUNA

YUDY CARDENAS
REGISTRO 304
LICENCIA S.O. 001949

MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ
C.C. 1090381117

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO LABORAL
EXAMEN DE INGRESO

LICENCIA S.S.T. 3700 DE 23/10/2013

FECHA 20/01/2021



EMPRESA	SENA ADMINISTRATIVO						
NOMBRE	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ						
CEDULA	1090381117	**DE**	CUCUTA				
EDAD	33	**GENERO**	F	**CARGO**	ASESOR CONSULTOR EMPRESARIAL		
PROFESION	PUBLICISTA						

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS :

AUDIOMETRIA	NO	**COLESTEROL**	SI	**HEMOCLASIFICACION**	NO	**RX TORAX**	NO
OPTOMETRIA	SI	**COLESTEROL HDL**	SI	**CUADRO HEMATICO**	NO	**RX COLUMNA**	NO
ESPIROMETRIA	NO	**COLESTEROL LDL**	SI	**GLICEMIA**	SI		
VISIOMETRIA	NO	**TRIGLICERIDOS**	SI	**SEROLOGIA**	NO		

OTROS :

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : 1. HIGIENE POSTURAL.2. PAUSAS ACTIVAS Y COMPENSADORAS.3. VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL.4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO Y TRABAJO SEGURO 5. APLICACION DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL .6. USO DE EPP
2. AL MOMENTO DEL EXAMEN MEDICO NO PRESENTO SINTOMAS ASOCIADOS AL SARS-COVID 19-

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

Ingresa al programa de gestión N/A

CONSTANCIA

Dejamos constancia que el trabajador firmó a satisfaccion el consentimiento informado para la realización de la evaluación médica y de todos los exámenes y pruebas complementarias. Adicionalmente certifico que se remitirán todos los documentos que conforman la Historia Medica del trabajor relacionado en esta certificación a la EPS asignada por él.

HENY RAMIREZ C.
REGISTRO MEDICO 3897
LICENCIA S.O. 001096

MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ
C.C. 1090381117

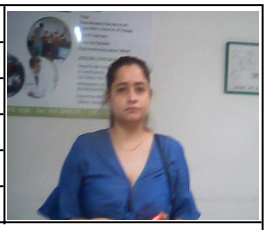
H. LLEGA 07:24:04 H. SALE 07:35:03

Calle 6 # 7E-26 Quinta Oriental. Teléfonos 5751474 - 5751709. Celular 3142968278 - 3153738562. www.prinsoips.com

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE



EMPRESA	SENA ADMINISTRATIVO	**FECHA**	20/01/2021
NOMBRE	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ		
CEDULA	1090381117 **DE** CUCUTA	**GENERO**	F
EDAD	33 **F. NACIMIENTO** 28/03/1987 **LUGAR** CUCUTA		
DIRECCION	AV 10E # 4AN-30 GOVIKA		
TELEFONO	NO **CELULAR** 3015512810 **ESTADO CIVIL** CASADO(A)		
NIVEL EDUCATIVO	POSTGRADO **CENTRO DE TRABAJO** SENA		
AREA	ADMINISTRATIVA **PROFESION** PUBLICISTA		
CARGO	ASESOR CONSULTOR EMPRESARIAL **EPS** NUEVA EPS		
AFP	PROTECCION **ARL** SURAMERICANA		

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIEMPO	EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RIESGOS F	Q	BM	B	S	P
4 MESES	OPS ALCALDIA VILLA DEL ROSARIO	ASESOR DE DESPACHO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
4 MESES	OPS ALCALDIA DE CUCUTA	ASESOR DE DESPACHO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
8 MESES	SENA	CONSULTORA SESOR DE EMPRESAS	SI	NO	SI	NO	SI	SI

2.2. ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDAD LABORAL

EVENTO O ENFERMEDAD LABORAL	AT	EL	FECHA	TIPO	LESION Y PARTE DEL CUERPO
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A

SECUELAS NO

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO

3.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSION	MADRE Y ABUELA MATER	**CANCER**	NIEGA	**T.B.C.**	NIEGA
CARDIOPATIAS	NIEGA	**ASMA**	NIEGA	**OSTEOMUSCULARES**	NIEGA
DIABETES	NIEGA	**VARICES**	NIEGA	**SINDROME CONVULSIVO**	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA	**ARTRITIS**	NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NIEGA
ACV	NIEGA	**OTROS**	NIEGA		

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

CONGENITAS	NO	**CARDIOVASCULAR**	NO	**OSTEOMUSCULAR**	NO	**PSIQUIATRICOS**	NO
INMUNOPREVENIBLES	NO	**PULMONAR**	SI	**ALERGICO**	SI	**FARMACODEPENDENCIA**	NO
INFECCIOSA	NO	**GASTROINTESTINAL**	NO	**TOXICOS**	NO	**NO REFIERE**	NO
SISTEMICA	NO	**GENITOURINARIA**	NO	**FARMACOLOGICOS**	NO	**QUIRURGICO**	SI
OJOS	NO	**DEFORMIDADES**	NO	**TRAUMATICO**	NO	CESAREA 1	
AGUDEZA	NO	**NEUROLOGICO**	NO	**TRANSFUSIONES**	NO		
NASOFARINGEA	NO	**PIEL**	NO	**VENEREAS - SIDA**	NO		

OBSERVACIONES : asma en la infancia. niega mareos, convulsion, epilepsia, trastornos mentales, trastornos del sueño y perdida de conocimiento. alergica a la dipirona.

3.3. ANTECEDENTES TRAUMATICOS

LESION O TRAUMA	SI/NO	AÑO	PARTE DEL CUERPO	SECUELAS
FRACTURAS	NO	N/A	N/A	N/A
LUXACIONES	NO	N/A	N/A	N/A
ESGUINCES	NO	N/A	N/A	N/A
C. SENTADO	NO	N/A	N/A	N/A
C. CON TORCION	NO	N/A	N/A	N/A
OTROS	NO	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES : NIEGA

3.4 GINECOBSTETRICOS

CICLOS	30/4	**F. ULTIMA MENSTRUACION**	30/12/2020	**HIJOS VIVOS**	1	**GESTACIONES**	1	**PARTOS**	NO
ABORTOS	NO	**CESAREAS**	1	**PLANIFICA**	SI	**METODO**	DIU		
CITOLOGIA	SI	**RESULTADO**	11/2019 NORMA						
MAMOGRAFIA	NO								

3.5 HABITOS

FUMA NO		**FUMABA** NO	
ALCOHOL SI	**REGULARIDAD** OCASIONAL		
CAFE SI	**REGULARIDAD** NIEGA		
DEPORTE SI	**REGULARIDAD** EJERCICIOS DIARIOS		
OFICIOS EXTRAS NO			

3.6 INMUNIZACIONES - VACUNAS

HEPATITIS B	SI	**FIEBRE AMARILLA**	SI	**TETANO**	SI	**INFLUENZA**	NO	**VARICELA** NO	**OTRAS** NO

REVISION POR SISTEMAS : ACTUALMENTE SINTOMATICA- CONVIVE CON ESPOSO E HIJO.

4. REVISION

PESO 65	**TALLA** 159	**I.M.C.** 25.7	**PULSO X MIN** 84				
RESPIRACIÓN X MIN 16	**TENSIÓN ARTERIAL**	110/70	**HEMISFERIO**	DIESTRO			

4.1. EXAMEN FISICO

1.ESTADO NUTRICIONAL	Anormal	**20.DIENTES**	Normal
2.PIEL	Normal	**21.VARICES**	Normal
3.FANERAS	Normal	**22.FARINGE**	Normal
4.PALPACIÓN CRANEO	Normal	**23.AMIGDALAS**	Normal
5.FONDO DE OJO	Normal	**24.INSPECCIÓN CUELLO**	Normal
6.GENITALES EXTERNOS	Normal	**25.INSP. TORAX SENOS**	Normal
7.PARPADOS	Normal	**26.AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA**	Normal
8.CONJUNTIVAS	Normal	**27.AUSCULTACIÓN CARDIACA**	Normal
9.AGUDEZA VISUAL	Normal	**28.INSPECCIÓN DE ABDOMEN**	Anormal
10.PUPILAS	Normal	**29.INSP. MIEMBROS SUPERIORES**	Normal
11.REFLEJO FOTOMOTOR	Normal	**30.INSP. MIEMBROS INFERIORES**	Anormal
12.INSPECCIÓN EXT. OIDOS	Normal	**31.INSP. COLUMNA VERTEBRAL**	Normal
13.OTOSCOPIA	Normal	**32.PALPACIÓN COLUMNA**	Normal
14.INSPECCIÓN EXT. NARIZ	Normal	**33.PULSO RADIAL Y PEDIO**	Normal
15.RINOSCOPIA	Normal	**34.REFLEJOS TENDINOSOS**	Normal
16.LABIOS	Normal	**35.ARTICULACIONES**	Normal
17.MUCOSA BUCAL	Normal	**36.NEUROLÓGICO**	Normal
18.ENCIAS	Normal	**37.ESFERA MENTAL**	Normal
19.PALADAR	Normal	**ALINEACION COLUMNA VERTEBRAL**	NORMAL

ANORMALES

1 SOBREPESO- 28. DIASTASIS DE RECTOS- ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS. 30 HALLUX VALGO MII

5. EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA		
OPTOMETRIA EMETROPE		
VISIOMETRIA		
ESPIROMETRIA		
RX TORAX		
RX COLUMNA		
HEMOCLASIFICACION	**GLICEMIA** SI	**SEROLOGIA**
COLESTEROL SI	**COLESTEROL LDL** SI	**COLESTEROL HDL** SI
TRIGLICERIDOS SI	**CUADRO HEMATICO**	
OTROS		

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: SOBREPESO.

OBSERVACIONES: NINGUNA

RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL.2. PAUSAS ACTIVAS Y COMPENSADORAS.3. VISIOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL.4. CAPACITACION SOBRE RIESGO BIOMECANICO Y TRABAJO SEGURO 5. APLICACION DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL .6. USO DE EPP
2. AL MOMENTO DEL EXAMEN MEDICO NO PRESENTO SINTOMAS ASOCIADOS AL SARS-COVID 19-

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

Ingresa al programa de gestión N/A

Hago constar y certifico que los datos que suministre al medico son reales y asumo la responsabilidad en caso contrario

HENY RAMIREZ C.
REGISTRO MEDICO 3897
LICENCIA S.O. 001096

MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ
C.C. 1090381117

Hace constar:

Que el Sr(a) MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1090381117 realizó el día 17/02/2021 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1090381117 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:

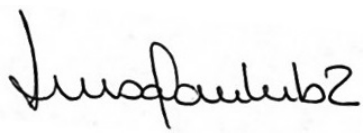
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.090.381.117, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/02/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 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 y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101012404198.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 29 DE ENERO DE 2021	2871700–1		13506816
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
KORUS AGENCIA DE SEGUROS LTDA.	65092	2597	01213506816

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1090381117	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
AV 10 E # 4 N 30 GOVIKA		CUCUTA	5777777

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1090381117	MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–FEB–2021	30–ABR–2022	5.665.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01–FEB–2021	30–ABR–2022	453	01–FEB–2021	30–ABR–2022	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$5.665.000	$16.995	$5.665.000,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2597	32432	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
65092	KORUS AGENCIA DE SEGUROS LTDA.	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	IdentificaciónInterna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.2189187.
OBJETO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL ECOSISTEMA SENNOVA, PARA IMPLEMENTAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN A LAS EMPRESAS PARA MEJORAR LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL, LA PRODUCTIVIDAD, COMPETITIVIDAD Y/O RENTABILIDAD DE ACUERDO CON LA COBERTURA NACIONAL ASIGNADA AL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS DE LA REGIONAL NORTE DE SANTANDER

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2871700–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ y Asegurado y/o Beneficiario es SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE y su documento 13506816 expedida el día 29 de Enero de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$40,000
Impuestos	$	$7,600
Total	$	$47,600

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 29 días del mes de Enero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANAS.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2871700–1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: MARGARITA ROSA TRIANA SANCHEZ y Asegurado y/o Beneficiario es: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE y su documento 13506816 expedida el día 29 de Enero de 2021 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 29 días del mes de Enero de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín **437 8888**
Desde tu celular **#888**

segurossura.com.co

SEGUROS

Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales





Campo	Descripción del formato	Clausulado	Nota técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza.	01/01/2017	25/06/2017
2	Tipo y número de la entidad	13-18	13-18
3	Tipo de documento	P	NT - P
4	Ramo al cual pertenece	05	05
5	Identificación interna de la proforma	F-01-12-084	N-01-012-011

Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

Este clausulado está dirigido al asegurado.



Contenido

Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

Sección II. Exclusiones

Sección III. Otras condiciones

1. Indepencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo.
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos.
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

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.
1.2 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
1.3 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
1.4 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

2.1 La no inversión del anticipo.
2.2 El uso indebido del anticipo.
2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

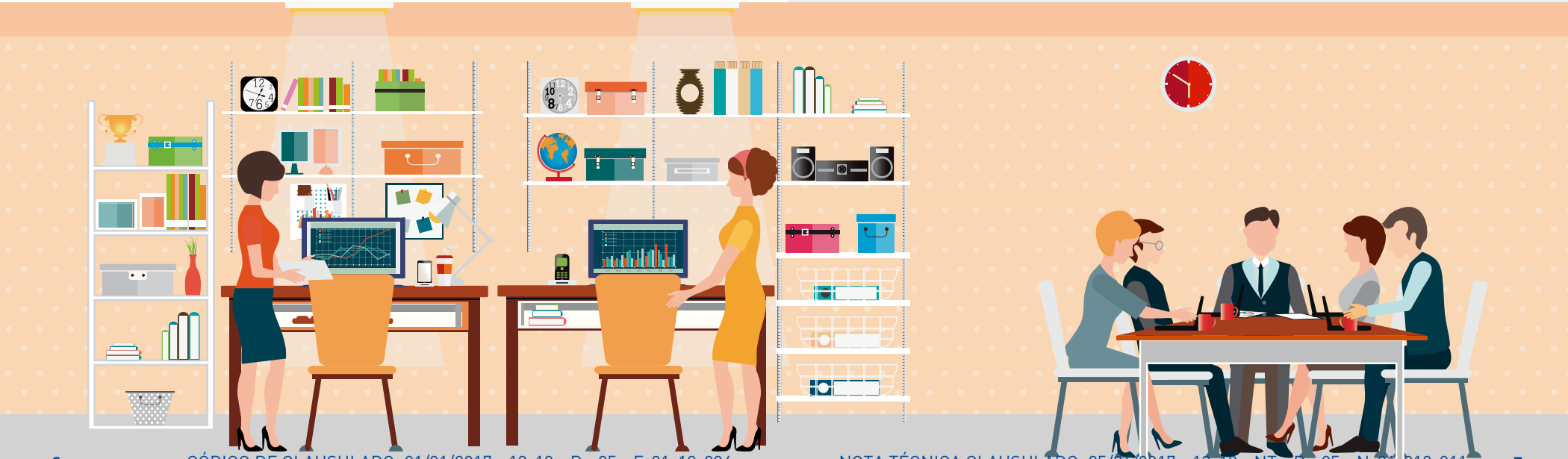
3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.



5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

6 . Estabilidad y calidad de la obra

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

8. Calidad del servicio

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.



SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1. Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.
2. Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.
3. Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.
4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

1. Indepencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

2. Suma asegurada

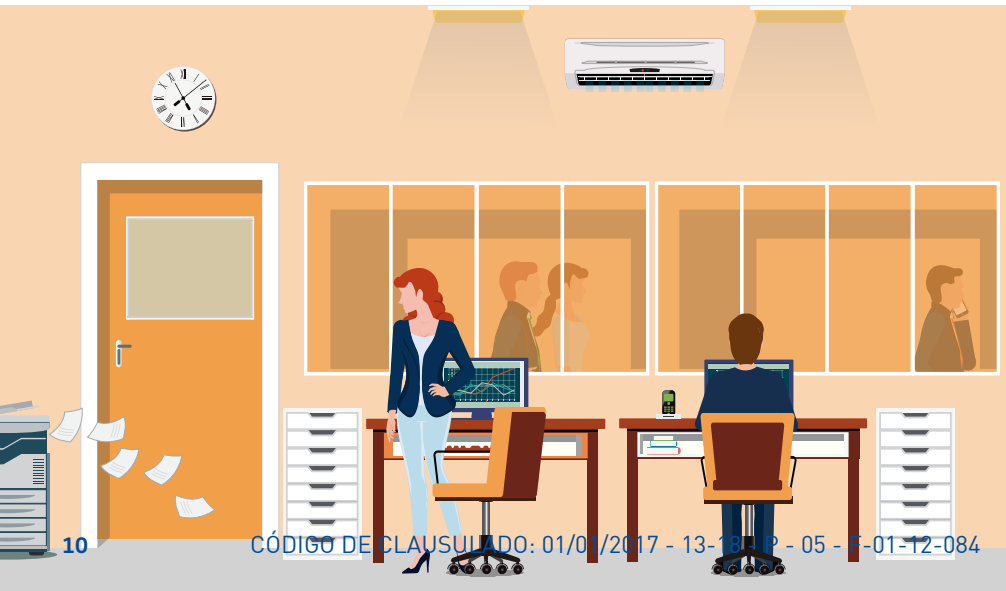
El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:



4.1 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

4.2 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

4.3 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista- garantizado.



5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.

La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el periodo contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seguro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 12 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contrista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 12 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.





15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

17. Notificaciones y recursos

Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras



20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.

San José de Cúcuta, 17 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:

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de 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 sí 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 no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49.850.000).
e. Por el año gravable 2020, sí 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 San José de Cúcuta a los 17 días del mes de febrero de 2021



Margarita Rosa Triana
Sánchez C.C. 1090381117

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José de Cúcuta, febrero 17 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:

NUIP - NIP	**1092539356**	**EMILIO ANDRÉS PABÓN TRIANA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



Margarita Rosa Triana Sánchez
CC 1090381117 de Cúcuta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1092539356

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50545655

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐ Notaria ☒ Número 91 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 9100

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

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PABON	TRIANA

Nombre(s)

EMILIO ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUN Día 28	MASCULINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10577589-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TRIANA SANCHEZ MARGARITA ROSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1090381117 DE CUCUTA N DE S	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PABON VILLAMIZAR JAIME ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 13275776 DE CUCUTA N DE S	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PABON VILLAMIZAR JAIME ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 13275776 DE CUCUTA N DE S	

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 2011 Mes JUL Día 05	MICHELLE [illegible] MURCIA RODRIGUEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA
Art. 2 Decreto 2189 de 1983

16 JUL. 2015

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA DE CUCUTA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CASSENDA S.A. NIT 800.921.151-0 100242251

NOTARIA 3°
CÍRCULO DE CÚCUTA

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ART. 116 DEL DECRETO 1250 DE 1970 ART. 3º DECRETO 278 DE 1972

(ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE)

LEY 962 DE 2005

DADO EN SAN JOSÉ DE CÚCUTA A LOS 16 JUL. 2015

ABELARDO BERNAL JIMENEZ
NOTARIO

ESPACIO EN BLANCO