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 SERVICIOS-NORTE DE SANTANDER - SERVICIOS PR
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	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**49794-379182**
No. de documento	**11168**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL	**C.C.**	63.516.739	**IP/Nº de contacto**	72515
Correo electrónico contratista:	smangarita93@misena.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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		31877845705	
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:	2187964/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**19621**	
Valor Total del Contrato	$ 41.990.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.990.000	**1**	**Del**	**30/01/2021**	**Al**	**31/01/2021**	**$ 130.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 41.860.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL PERFIL GESTION DE LA PRODUCCION-

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 130.000	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	**$ 130.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**48666658**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 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	$ -5.650	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	0,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	0,00	
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	0,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Departamental	2.600,00	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	**$ 127.400,00**	

SON: CIENTO VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a la planeación de la formación profesional Integral
VER ANEXO INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL, CORRESPONDIENTE AL MES ENERO TOTAL AL MES 5 HORAS
DIAS LIQUIDADOS MES DE ENERO:1
LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO OCAÑA NORTE DE SANTANDER

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.

SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
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,

LAID SAMIRA PAREDES CASADIEGO
INSTRUCTOR G17

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL	**Nit:**	63516739
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2020
Número de radicación:	48666658	**Total a pagar:**	$250,300
Fecha de vencimiento:	13/01/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:		**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Sin Pagar
Banco:		**Número de aprobación:**	
Estado de la transacción:	Sin Pagar		

PAGOS.COM CANCELADO

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en Incapacidad y/o licencia	Total pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$140,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$109,800
						$250,300

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerde verific

Ex

acción

CREDIBANCO ES SU RED
CORRESPONSAL
PAGOS.COM

Banco de Bogotá
Un Banco hecho entre dos
Banco Bogota

PUNTO DE SERVICIO
No.9988

AUTORIZACION NUMERO 109663
TRANS: 011044 02/16/2021 10:05:26
RECIBO: 006167 TER: 0000A7SOG

PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
00001138 PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
FACTURA 83486666658
VALOR: $250.300.00

TRANSACCION EXITOSA
COSTO DE LA TRANSACCION: $0
NACIONAL 01 8000 518877

EL VOUCHER ES EL UNICO SOPORTE VALIDO DE LA TRANSACCION. EL SELLO EN LAS FACTURAS NO ESTA PERMITIDO Y NO SERA VALIDO EN CASO DE RECLAMACION
COPIA CLIENTE
AFVP06-C06

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI000-1
icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730620913

(415)7707212489984(8020) 000001473062091 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 5 1 6 7 3 9	9	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 1 3	6 3 5 1 6 7 3 9	1 9 9 5 0 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal: CL 11 16 A 21 BRR SAN AGUSTIN

42. Correo electrónico: shanaang2@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 5 2 9 3 4 4 1	5 6 2 4 5 6 9

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

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	2	0																								

20- Obtención NIT

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 14 / 08 : 30: 53

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 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

PARA TRABAJAR EN ALTURAS

No. 1

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

TIPO DE EXAMEN: Examen de Ingreso

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 24 (DD) 01 (MM) 2020 (AAAA) 16:19 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la Empresa: SENA	Cargo: INSTRUCTORA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE			
Primer nombre: SANDRA	Segundo nombre: MILENA	Primer apellido: ANGARITA	Segundo apellido: CARRASCAL

Tipo de Identificación: ● C.C. ○ C.E. ○ T.I. ○ P.T. **Número:** 63516739 **Edad:** 43 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Apto Sin limitaciones o restricciones para realizar trabajos en alturas ○ NO Apto para realizar trabajos y/o labores en alturas ○ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ○ NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ○ NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Condiciones o Funciones	Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
		○	○	
		○	○	
		○	○	
		○	○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA ☑ OPTOMETRIA ☑ ESPIROMETRIA ☑ PERFIL LIPIDICO ☑ GLICEMIA
☑ CUADRO HEMATICO ☑ PARCIAL DE ORINA

Otros exámenes:

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Médico

Firma: 2017-01-16T12:50:37-05:00

Nombre: Dr(a) KATERINE FEREZ MENESES

Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 000546

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

Documento Identidad: 63516739

CIAT Superar

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL
24 (DIA)	01 (MES)	2020 (AÑO)	AGUACHICA (Ciudad)	Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA (Nombre de la Empresa)	REGIONAL CESAR (Centro de Trabajo - Sede)

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación: Tipo	Número
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA	CC	63516739

Género	Fecha de Nacimiento (DIA / MES / AÑO)	Lugar de Nacimiento	Edad
○ Masculino ● Femenino	03 / 11 / 1976	BUCARAMANGA	43 Años

EXPOSICIÓN A RIEGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR

Tipo de Riesgo (Existe o existió exposición para cada una de las respuestas afirmativas)	SI	NO	Tiempo de Exposición Acumulada: Años	Meses	Días	Diaria: Horas	Utiliza Protección Visual: SI	NO	De que tipo
Radiación Ultravioleta o infraroja (soldadura, hornos)	○	●					○	○	
Mecánico (proyección de partículas)	○	●					○	○	
Iluminación inadecuada ○ Excesiva ○ Deficient ○ Reflejos	○	●					○	○	
Uso de video terminales	○	●					○	○	

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

GENERALES	SI	NO	OCULARES	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Hipertensión Arterial	○	●	Cirugía Ocular	○	●	○	●
Diabetes	○	●	Queratocono	○	●	○	●
Hipoglicemia	○	●	Glaucoma	○	●	○	●
Toxoplasmosis	○	●	Catarata	○	●	○	●
Cefalea	○	●	Retinopatía	○	●	○	●
Trauma Craneoencefálico	○	●	Desprendimiento de Retina	○	●	○	●
Otros	○	●	Ambliopía	○	●	○	●
¿Cual?			Estrabismo	○	●	○	●

SÍNTOMAS Y SIGNOS	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Visión Doble	○	●	Cefalea	○	●	Salto de Renglones	○	●
Fotofobia	○	●	Irritación Ocular	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Próxima	○	●
Cansancio Ocular	○	●	Lagrimeo	○	●	Disminución Agudeza Visual - V. Lejana	○	●
Ardor Ocular	○	●	Prurito Ocular	○	●	Secreciones	○	●
Miodesopsias	○	●	Dolor Ocular	○	●			

EVALUACIÓN

Sin Corrección: AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima	LENSOMETRIA	Visión Lejana	Visión Próxima	Con Corrección: AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/20	0,5M	Ojo Derecho	-	-	Ojo Derecho	-	-
Ojo Izquierdo	20/20	0,5M	Ojo Izquierdo	-	-	Ojo Izquierdo	-	-

EXAMEN EXTERNO

	Ojo Derecho SI	Ojo Derecho NO	Ojo Izquierdo SI	Ojo Izquierdo NO
Pingüecula	○	●	○	●
Resequedad Ocular	○	●	○	●
Inyección Conjuntival	○	●	○	●
Hiperemia Conjuntival	○	●	○	●
Ptosis Palpebral	○	●	○	●
Prerigio	○	●	○	●
Secreción Ocular	○	●	○	●
Edema Palpebral	○	●	○	●
Blefaritis	○	●	○	●

ESTADO MOTOR

	Ojo Derecho Normal	Ojo Derecho Anormal	Ojo Izquierdo Normal	Ojo Izquierdo Anormal
Cover Test Visión Lejana	ORTHO			
Cover Test Visión Próxima 40 cms	EXOFORIA			
Punto Próximo de Convergencia	8 CM			
Retinoscopia	+0,25		+0,25	
Estereopsis	●	○	●	○
Visión Cromática	●	○	●	○
Campo Visual	●	○	●	○
Oftalmoscopia	●	○	●	○

SUBJETIVO (Según respuesta del evaluado)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Adición de Lente
Esfera	NEUTRO	NEUTRO	-
Cilindro	-	-	-
Eje	-	-	-
Agudeza Visual	20/20	20/20	0,5M

DIAGNÓSTICO

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropía	☑	☑
Miopía	☐	☐
Hipermetropía	☐	☐
Astigmatismo	☐	☐
Presbicia	☐	☐
Ambliopía	☐	☐
problema de Motilidad	☐	☐
Insuficiencia de Convergencia	☐	☐

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refracción No Corregido	○	○
Problema de Refracción Adecuadamente Corregido	○	○
Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido	○	○
No Requiere Corrección	●	●

RECOMENDACIONES

Control en: ○ 3 ○ 6 ○ 9 ● 12 Meses

Corrección Optica con Anteojos ○
Corrección Optica con Anteojos Permanente ○
Corrección Optica con Lentes de Contacto ○

Valoración por Ortóptica ○ Si ○ No
Valoración por Oftalmología ○ Si ○ No

Observaciones: IDX: EMETROPE AO Z010. CONTROL EN 1 AÑO.

Evaluado por: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ ACOSTA

Aspirante/Trabajador: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL
Audiometría

CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			
24 (DIA)	01 (MES)	2020 (AÑO)	AGUACHICA (Ciudad)

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: Examen de Ingreso

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
SENA	REGIONAL CESAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de identificación: Tipo	Número
ANGARITA	CARRASCAL	SANDRA	MILENA	CC	63516739

Género	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
○ Masculino ● Femenino	03 (DIA) 11 (MES) 1976 (AÑO)	BUCARAMANGA	43 Años

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL /RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante/ trabajador o que pueda tener el médico)

Fecha de Ingreso: 24 (DIA) 01 (MES) 2020 (AÑO) | Jornada de trabajo: ○ Diurno ○ Nocturno ○ Rotativo

Cargo	Sección
INSTRUCTORA	

ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLÓGICOS	SI	NO	OIDO
OTALGIA	○	●	
OTITIS	○	●	
OTORREA	○	●	
OTOTÓXICOS	○	●	
ACÚFENO	○	●	
PRURITO	○	●	
VÉRTIGO	○	●	
TINNITUS	○	●	
HIPOACUSIA	○	●	
SENSACIÓN DE OIDO TAPADO	○	●	
TRAUMA ACUSTICO	○	●	
CERUMEN	○	●	
PERFORACIÓN TIMPÁNICA	○	●	
OTROS ¿Cual?	○	●	

PATOLÓGICOS	SI	NO
AFECCIÓN RENAL	○	●
PAROTIDITIS	○	●
TBC	○	●
DIABETES	○	●
HIPOTIROIDISMO	○	●
MENINGITIS	○	●
PALUDISMO	○	●
REUMATISMO	○	●
HIPERTENSION ARTERIAL	○	●
SARAMPIÓN	○	●
RUBEOLA	○	●
RINITIS - SINUSITIS	○	●
ALTERACIONES DE TIROIDES	○	●
OTROS ¿Cual?	○	●

EXTRALABORALES	SI	NO
MÚSICA CON AUDÍFONOS	○	●
MÚSICA A ALTO VOLUMEN	○	●
TIRO AL BLANCO - POLÍGONO	○	●
SERVICIO MILITAR	○	●
DETONACIÓN - EXPLOSIÓN	○	●
DISCOTECA - BARES	○	●
INSTRUMENTO MUSICAL	○	●
MANOS LIBRES	○	●
MOTOCICLISMO	○	●
TEJO	○	●
BUCEO	○	●
OTROS ¿Cual?	○	●

QUIRÚRGICOS	SI	NO		SI	NO
CIRUGÍA DE OIDO	○	●	TIMPANOPLASTIA	○	●
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	○	●			

HEREDITARIOS	SI	NO	PARENTESCO
CONGÉNITO	○	●	
ADQUIRIDO	○	●	

Observaciones:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES ○ Si ● No

Empresa	Cargo	Exp. Ruido	Horas	Días	Meses	Años	Proteccion Auditiva	Tipo de Protección
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						
		○ S ○ N						

AUDICIÓN

	SI	NO	SI NO OYE BIEN: DESDE CUANDO	EN CUAL OIDO
CREE QUE OYE BIEN	●	○		
ESCUCHA BIEN LA CONVERSACIÓN EN GRUPO	●	○		
ESCUCHA BIEN POR TELEFONO	●	○		

		FRECUENCIA	FECHA ÚLTIMA	RESULTADO
AUDIOMETRIA ANTERIOR	● ○			

Descanso Auditivo: [ ] Horas

OTOSCOPIA

PABELLÓN AURICULAR	O.D	O.I	CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	O.D	O.I	MEMBRANA TIMPÁNICA		
NORMAL	●	●	NORMAL	●	●	NORMAL	●	●
ATRESIA	○	○	TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN	○	○	PERFORADO	○	○
AGENESIA	○	○	TAPÓN TOTAL DE CERUMEN	○	○	OPACA	○	○
CICATRIZ	○	○	IRRITADO	○	○	NO SE VISUALIZA	○	○
OTROS	○	○	OTROS	○	○	OTROS	○	○

Observaciones:

CLASIFICACIÓN LARSEN	
HNS GI	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB en una banda ALTA (3000, 4000 ó 6000 Hz)
HNS GII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta (> 2000 Hz)
HNS GIII	Alteración Umbral Auditivo = ó > 25 dB dos o mas bandas de frecuencia Alta y en una ó mas bandas de frecuencia Baja (< 2000 Hz)

SEVERIDAD	
NORMAL	< 10 dB
MÍNIMA	10 - 25 dB
LEVE	26 - 40 dB
MODERADA	41 - 55 dB
MODERADA SEVERA	56 - 70 dB
SEVERA	71 - 85 dB
PROFUNDA	> 85 dB

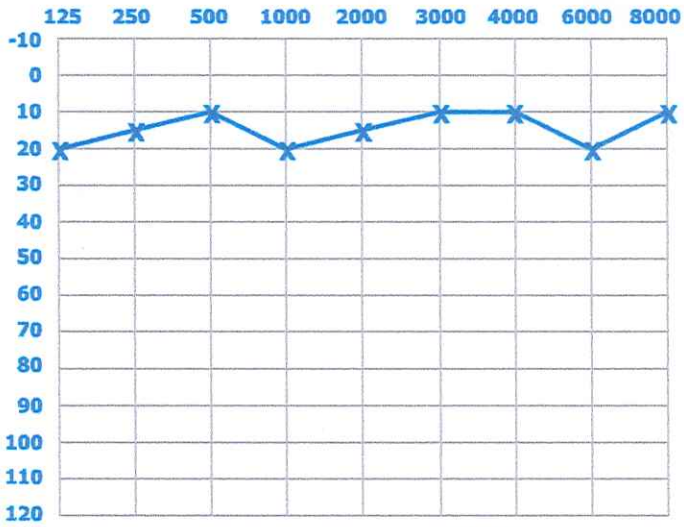
AUDIOGRAMA

Oido Derecho



Promedio (500 - 1000 - 2000): 15,00 dB

Oido Izquierdo



Promedio (500 - 1000 - 2000): 15,00 dB

DIAGNÓSTICO

1 AUDICION NORMAL BILATERAL	

Observaciones:

RECOMENDACIONES

Control: ○ 3 ● 6 ○ 9 ○ 12 Meses Valoración / Control ORL: ○ Si ● No utilizar Protección Auditiva: ● Si ○ No

Observaciones:

Betsy Beleño

BETSY PATRICIA BELEÑO MELO
Fonoaudiologo (a)

SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
Trabajador C.C. 63516739

Calle 5 N 32-63
Telfax: (5) 565 16 14
Celular: 310 325 06 60
Aguachica - Cesar

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**		Impreso 24 ene. 2020 12:12:11 pm
Id. Paciente	**CC 63516739 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA**	Sexo: F Edad: 43A 0M 0D	**No. De Recepción** **102293**
Teléfonos		Fecha De Recepción	24 ene. 2020 09:04:59 am
Entidad	CIAT SUPERAR	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	ASIGNADO NO

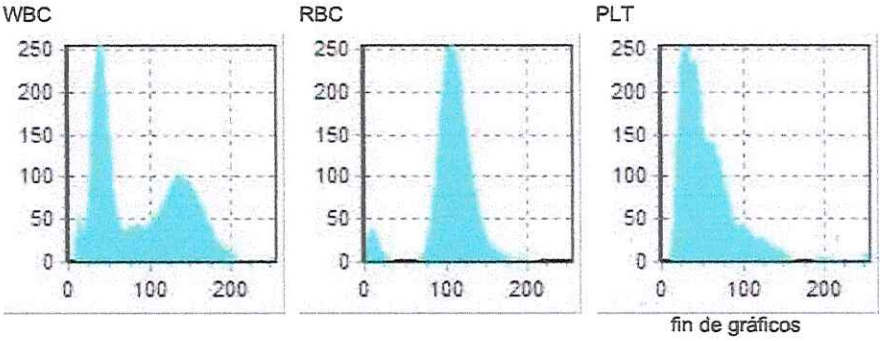
HEMATOLOGIA

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMOGRAMA TIPO V			
Hemoglobina	13,40	gr/dl	12 a 15
Hematocrito	39,74	%	36 a 45
Eritrocitos	4,47	x10^6/mmc	3,90 a 5,60
Volumen corpuscular (PVC)	89	um3	76 a 96
Hemoglobina Corpuscular (PHC)	29,90	pg	27 a 32
Concentración de Hemoglobina Corpuscular (CHC)	33,60	gr/dl	30 a 35
RDWsd	30,20	fL	46 a 59
RDWcv	10,40	%	0 a 15
Recuento de Leucocitos	6,87	x10^3/mmc	5 a 10
P.N. Neutrofilos	50,80	%	46 a 76
Linfocitos	42,60	%	20 a 45
Monocitos	6,60	%	0 a 5
Linfocitos/mmc	2,92	x10^3/mmc	1,30 a 4
Monocitos/mmc	0,46	x10^3/mmc	0,15 a 0,70
Recuento de Plaquetas.	195	x10^3/mmc	150 a 450
PCT	0,16	%	0 a 20
MPV	8,20	fL	7 a 15
PDWsd	10,80	fL	

NOTA: Los valores de referencia del Hemograma son clasificados por sexo y rangos de edad acordes con el paciente.

Fecha Reporte 24 ene. 2020 11:34 am

Zona de gráficos



fin de gráficos

OTRO LABORATORIO

Calle 5 N 32-63
Telfax: (5) 565 16 14
Celular: 310 325 06 60
Aguachica - Cesar

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**			Impreso	24 ene. 2020 12:12:11 pm
Id. Paciente	**CC 63516739 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA**			Sexo: F Edad: 43A 0M 0D	**No. De Recepción** **102293**
Teléfonos				Fecha De Recepción	24 ene. 2020 09:04:59 am
Entidad	CIAT SUPERAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
ORINA PARCIAL			
ESTUDIO FISICO-QUIMICO			
Color de orina	Amarilla		
Aspecto	Lig. turbio		
Ph	6,00		5 a 8
Densidad	1030		1005 a 1030
Proteinas	Negativa		
Glucosa	Negativa		
Cetona	Negativo		
Bilirrubina	Negativo		
Urobilinogeno	Normal		
Sangre	(+)		
Nitritos	Negativo		
EXAMEN MICROSCOPICO.			
Leucocitos	0-2	/Campo	
Hematies	1-3	/Campo	
Células Epiteliales bajas	0-2	/Campo	
Bacterias	Escasas		
Moco	No Se Observa		

Fecha Reporte 24 ene. 2020 10:09 am

QUIMICA

Colesterol total sérico	216	mg/dl	100 a 200

```
Valor deseado sin riesgo aparente:                  Menor de 200 mg/dl
Valor límite con riesgo promedio:                   200-239      mg/dl
Valor fuera del límite(Riesgo proporcional al valor): Mayor a 240 mg/dl
Muestra leida con patrón y control de calidad.
```

Fecha Reporte 24 ene. 2020 10:20 am

Glicemia en ayunas	89	mg/dl	70 a 100

```
VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA ADA Y OMS
Niveles de Glicemia Normal:   70-100  mg/dl.
Glicemia Basal Alterada (AGA):101-125 mg/dl.
```

Fecha Reporte 24 ene. 2020 10:20 am

Trigliceridos sérico	207	mg/dl	0 a 150

```
Optimo:              Hasta 150 mg/dl
Ligeramente Elevados: 150-199 mg/dl
Elevados:            200-499 mg/dl
Muy Elevados:        Mayor de 500 mg/dl
```

Fecha Reporte 24 ene. 2020 10:20 am

Calle 5 N 32-63
Telfax: (5) 565 16 14
Celular: 310 325 06 60
Aguachica - Cesar

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**			Impreso	24 ene. 2020 12:12:11 pm
Id. Paciente	**CC 63516739 ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA**			Sexo: F Edad: 43A 0M 0D	**No. De Recepción** **102293**
Teléfonos				Fecha De Recepción	24 ene. 2020 09:04:59 am
Entidad	CIAT SUPERAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO	

Resultados	Unidades	Valores Referencia

Dr Rafael Atencio
Tp 20-1470

CENTRO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Dra Dubys Ramos

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ

Nombre: Sandra Milena Angarita **Fecha de valoración:** 29-01-20

Edad: 43 años **Cargo:** Instructora **Ciudad:** Ocaña.

1. SÍNTOMAS ACTUALES

	Si	¿Cuando?	No
Fonastenia			X
Fonalgia			X
Tensión en fonación			X
Sensación de constricción			X
Odinofagia			X
Afonía			X
Disfonía			X
Varía el tono y el volumen de voz sin querer			X
Tenso físicamente			X
Ansioso o irritable			X

2. HÁBITOS

	SI	Frecuencia	No
Habla muy rápido			X
Habla forzando la voz			X
Grita en exceso			X
Habla mientras hace ejercicio			X
Carraspea			X
Tose en exceso			X
Consume café	X	4 Veces al día	
Ingiere alimentos muy picantes			X
Ingiere alimentos muy calientes			X
Ingiere alimentos muy fríos			X
Ingiere alimentos muy condimentados			X
Consume bebidas oscuras			X
Fuma			X

3. ANTECEDENTES MORBICOS

	Si	Observación	No
Intervenciones quirúrgicas	X	Cuadrentectomia Izquierda	
Hospitalizaciones			X
Intubaciones			X
Medicamentos			X

CONSULTORIO AGUACHICA, CESAR
Calle 4 No. 19-47
402
Tel: 5652962 – 305 3019388

CONSULTORIO OCAÑA, N.S.
Centro Comercial Santa María – Local

CELULAR: 3041111880

CENTRO INTEGRAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Dra Dubys Ramírez

4. RESPIRACIÓN

4.1 REPOSO

TIPO	clavicular		Abdominal	Costodiafragmatica
MODO	Oral – nasal	Oral - Oral	Nasal – nasal	Nasal – oral

4.2 FONACIÓN

TIPO	clavicular	Abdominal	Costodiafragmatica
MODO	Oral	Nasal	Mixta

Frecuencia respiratoria: 15 Seg.

Coordinación fonorespiratoria	Adecuada	✓	Inadecuada
Apoyo respiratorio	Presente	✓	Ausente
Apneas perfonatorias	Presente	✓	Ausente

5. FONACIÓN

Intensidad: Normal ✓ Disminuida _____ Aumentada _____

Tono: Normal ✓ Bajo _____ Alto _____ Monotonía _____

Timbre: normal ✓ Grueso _____ Fino _____ Nasalizado _____

Tipo Biotipo: Normal ✓ Hipertónico _____ Hipotónico _____

Tesitura: Normal **Rendimiento Vocal:** 13 Seg

6. DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO

Cualidades perceptuales de la voz dentro de parametros normales.

María Fernanda Sánchez Gutiérrez
Fonoaudióloga Esp. En Audiología
Universidad Del Rosario- Escuela Colombiana de Rehabilitación
Reg. 11-11655

CONSULTORIO AGUACHICA, CESAR
Calle 4 No. 19-47
402
Tel: 5652962 – 305 3019388

CONSULTORIO OCAÑA, N.S.
Centro Comercial Santa María – Local

CELULAR: 3041111880



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1

CIAT Superar
Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar

TIPO DE EXAMEN: Examen de Ingreso

CIUDAD: AGUACHICA **FECHA:** 24 (DD) 01 (MM) 2020 (AAAA) 16:19 (HORA)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la Empresa: SENA	Cargo: INSTRUCTORA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE			
Primer nombre: SANDRA	Segundo nombre: MILENA	Primer apellido: ANGARITA	Segundo apellido: CARRASCAL

Tipo de Identificación: ● C.C. ○ C.E. ○ T.I. ○ P.T. **Número:** 63516739 **Edad:** 43 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Condiciones o Funciones	Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
		○	○	
		○	○	
		○	○	
		○	○	

Recomendaciones:

ADECUADA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS EJERCICIO REGULAR.

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA ☑ OPTOMETRIA ☑ ESPIROMETRIA ☑ PERFIL LIPIDICO ☑ GLICEMIA
☑ CUADRO HEMATICO ☑ PARCIAL DE ORINA

Otros exámenes:

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

Médico

2017-01-16T12:50:37-05:00

Firma:

Nombre: Dr(a) KATERINE FEREZ MENESES

Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 000546

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

Documento Identidad: 63516739

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63516739 realizó el día 16/02/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

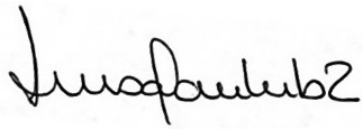
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63.516.739, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 5.

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): 202101012373269.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 49461010043070

FECHA	
29/01/2021	

RECIBIMOS DE: ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA C.C. 63516739

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 49-46-101004307

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA CUCUTA - CU. ESTATAL - 101004307 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: ALVAREZ GANDUR ASOCIADOS CIA Y HIJOS LTDA - 28631

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CUCUTA	AGENCIA CUCUTA	49	49-46-101004307	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
29	01	2021	29	01	2021	00:00	18	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ANGARITA CARRASCAL SANDRA MILENA			Identificación:	63516739
Dirección:	CL 11 NRO. 16A - 21	Ciudad:	OCAÑA - NTE DE SANTANDER	Teléfono:	3005293441

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 2N AVDA. 4 Y 5 BARRIO PESCADERO	Ciudad:	CUCUTA - NTE DE SANTANDER	Teléfono:	5783286

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2187964 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: GESTION DE LA PRODUCCION-SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO- TRABAJO EN ALTURAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	29/01/2021	18/04/2022	$ 4,199,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 4,199,000.00	29/01/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
ALVAREZ GANDUR ASOCIADOS CIA Y HIJOS LTDA	28631	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es AV 1E NO. 16 - 82 BARRIOS CAOBOS - Teléfono: 5835460 - CUCUTA

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

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

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

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.49-46-101004307

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.

San José de Cúcuta, 16 de Enero 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 SI 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 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 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, 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 San José de Cúcuta a los 16 días del mes de enero de 2021



_____

SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

C.C. 63.516.739 de Bucaramanga