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 ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO
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	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**49101-933367**
No. de documento	**13726**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES	**C.C.**	72.143.914	**IP/Nº de contacto**	3156446311
Correo electrónico contratista:	cdavendano@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		47454978281	
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:	2186418/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**32821**	
Valor Total del Contrato	$ 28.143.185	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.143.185	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.786.454,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.356.731		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES- IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE GESTION DE MERCADO EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA CCYS DEL SENA REG ATICO SEGÚN RADICADO 9-2021-000000...PZO 3 DIC 2021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.786.454	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	**$ 2.786.454**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.642.507**	**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	----------	**9414514636**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.114.582	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 139.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 178.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.900	$ 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	$ 278.645	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 547.502	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.642.507,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.468.654,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	24.687,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.761.767,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se Impartió Formación Profesional Integral a los Técnico en Operaciones de Caja, Grado 11, I.E.D. Francisco J. Caldas de acuerdo con l competencia que se está impartiendo: prospectar clientes de acuerdo con los segmentos objetivo y estrategia de ventas. Se Impartió For mación Profesional Integral a los Técnico en Operaciones de Caja, Grado 10, I.E.D. Francisco J. Caldas,de acuerdo con la competencia que se está impartiendo: Almacenar los objetos aplicando las técnicas y normas de seguridad e Higiene establecidas. Se Impartió formac ión Profesional Integral a los Técnico en Asesoría Comercial, Grado 11, I.E.D. Javier Sánchez, de acuerdo con la competencia que se está impartiendo: PROSPECTAR CLIENTES DE ACUERDO CON LOS SEGMENTOS OBJETIVO Y ESTRATEGIA DE VENTAS. Se está realizando actividades de inducción al Grado 10 del I.E.D. Francisco j. Caldas de acuerdo con los lineamientos Institucionales. Se realizan secciones virtuales o sincrónicas de acuerdo a los lineamientos. Se realizan gestiones para la consecución de la documentación del I.E.D. Mundo Bolivarian o del Grado 9 al 10.

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.

CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ERIKA ROJAS SANJUANELO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72143914		AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 84 B NO.42C-266	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	895424357	9414514636	I	2021/02/03	2021/02/16	BANCOLOMBIA	13	$268,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$9,500**		**$0**	**$0**		**$268,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$9,500**		**$0**	**$0**		**$268,500**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$9,500**		**$0**	**$0**		**$268,500**
1	CC	72143914	AVENDAÑO CESAR							X										25-14	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$9,500	0	$0	$0	No	$268,500
Total		**Afiliados(1)**																				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$9,500		$0	$0		$268,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72143914		AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 84 B NO.42C-266	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	895424357	9414514636	I	2021/02/03	2021/02/16	BANCOLOMBIA	13	$268,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$268,500	$0	$0	$268,500

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES

Nro. de recibo: 9414514636

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9414514636

Identificación del contribuyente: 186.168.66.210

Concepto: CC

Razón Social: 72143914

Fecha y hora de la transacción: Martes 16 de Febrero de 2021 02:41:45 PM

Nro. de comprobante: 0000004145

Valor pagado: $ 268,500.00

Cuenta: *******8281

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14737627953

(415)7707212489984(8020) 000001473762795 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 1 4 3 9 1 4	2	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 2 1 4 3 9 1 4	1 9 8 5 0 5 3 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVENDAÑO	ARREGOCES	CESAR	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 84 B 42 C 266

42. Correo electrónico: cedaavenda@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 8 0 0 2 0	3 0 1 6 3 2 5 9 4 8	3 5 2 8 7 4 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 2 0 0 1 2 3	7 0 2 0	2 0 2 0 0 1 2 3	8 2 9 9	7 4 9 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 29 / 11 : 36: 19

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 AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-01-2021 11:36:34AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101022586	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
30	01	2021	01	02	2021	00:00	03	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:
AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID		72143914
Dirección: CL 84 B NRO. 42 C - 266	**Ciudad:** BARRANQUILLA - ATLANTICO	**Teléfono:** 3016325948

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA		899999034-1
Dirección: CARRERA 43 NO. 42-40	**Ciudad:** BARRANQUILLA - ATLANTICO	**Teléfono:** 3514196

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.2186418 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE GESTION DE MERCADOS EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, SEGUN CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2186418

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2021	03/04/2022	$ 2,814,318.50

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	$ 2,814,318.50	30/01/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACI ÓN:	Nombre Compañía:	% Participaci ón:	Valor Asegurado:
ANTONIO BARROS & COMPA	48763	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

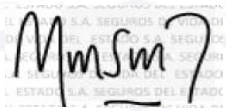
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101022586, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BARRANQUILLA, a los 30 días del mes de Enero de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 85461010225860

FECHA	
30/01/2021	

RECIBIMOS DE: AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID C.C. 72143914

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101022586

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101022586 - 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
INTERMEDIARIO:	ANTONIO BARROS & COMPA - 48763	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 85461010225860

FECHA	
30/01/2021	

RECIBIMOS DE: AVENDAÑO ARREGOCES CESAR DAVID C.C. 72143914

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101022586

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101022586 - 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
INTERMEDIARIO:	ANTONIO BARROS & COMPA - 48763	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101022586

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.

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

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

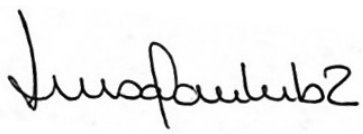
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72.143.914, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 03/12/2021 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): 202101012373994.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

apcertificadocapacitacion.aspx - Google Chrome
contratistas.sena.edu.co/apcertificadocapacitacion.aspx
apcertificadocapacitacion.aspx 1 / 1 – 100% +

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72143914 realizó el día 02/02/2021 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

100% ESP 6:21 p. m.

apsigacertificadomod2.aspx - Google Chrome

contratistas.sena.edu.co/apsigacertificadomod2.aspx

apsigacertificadomod2.aspx 1 / 1 − 100% +

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72143914 realizó el día 02/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención 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

100% ESP 6:33 p. m.

apsigacertificadoprotocolobio.aspx - Google Chrome
contratistas.sena.edu.co/apsigacertificadoprotocolobio.aspx
apsigacertificadoprotocolobio.aspx 1 / 1 94%

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 72143914 realizó el día 02/02/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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

apsigacertificado....aspx CERTIFICADO DE....aspx Mostrar todo
100% ESP 5:20 p. m.

Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

FR-SOC-001-02 - V5

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

PA-029267

N° de historia 72143914 **Motivo de consulta** **Fecha registro** 01/02/2020
Tipo examen CONSULTA EXTERNA

Ficha de identificación



CESAR DAVID AVENDA?O ARREGOCES

Tipo Doc. CC **Nro. Documento** 72143914 **Fec. Nac.** 28/02/1967 **Edad** 52
Telefono 1 3156446311 **Telefono 2** **Depto.** Atlantico **Ciudad** Barranquilla
Correo electronico cedaavenda@gmail.com
Dirección Casa CALLE 84 B N 42C-266 NUEVO HORIZONTE
Estado civil Casado(a) **Escolaridad** Especialista **Estrato** Estrato 4 - Medio
Descripción de escolaridad
Género M
Hijos 1
Contrato SO PARTICULARES
Empresa SENA CONTRATISTA **Cargo** INSTRUCTOR
AFP COLPENSIONES **EPS** SURA **ARL** POSITIVA

Estudios realizados

EXAMEN MEDICO OSTEMUSCULAR - AUDIOMETRIA (TAMIZAJE) - OPTOMETRIA - ELECTROCARDIOGRAMA - COLESTEROL TOTAL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL HDL - TRIGLICERIDOS - VALORACION PSICOLOGICA DE INGRESO.

Concepto médico

Procedimiento	Concepto
Ingreso	Apto con recomendaciones

Observación

Recomendaciones

Tipo de recomendación	Recomendación
Habitos y estilos de vida	Fomento del Autocuidado Estilos de vida Saludable Dieta baja en grasa y Carbohidratos Ejercicio Fisico Moderado
Ocupacionales	Higiene Postural Posiciones Ergonomicas Pausas Activas Uso de EPP de acuerdo al cargo
Preventivas	Ingresar al plan de PVE

Recomendaciones especificas

VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS PARA APOYO NUTRICIONAL
CONTROL AUDIOMETRICO Y OPTOMETRICO ANUAL
INGRESAR AL PVE NUTRICIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara el Laboratorio Clinico Falab S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y veridicas. Autorizo a Laboratorio Clinico Falab S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registradas en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que de todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr(a). YEISON YESID ORTIZ BOLIVAR
R.M. Nro. 3891
Licencia ESO 2983
M.D. SALUD OCUPACIONAL

Paciente CESAR AVENDA?O ARREGOCES
Identificación: 72143914

Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

FR-SOC-002-01 V:05 AUDIOGRAMA OCUPACIONAL

NOMBRE: César David Avendaño Arregocés **FECHA:** 01/02-2020

SEXO: X | F **EDAD:** 52 **C.C.** 72143914 **CIUDAD:**

OCUPACIÓN: **ANTIGÜEDAD:**

EMPRESA: **REPOSO :** **HORAS**

OTOSCOPIA: **O.D.** ✓ **O.I.** ✓

ANTECEDENTES

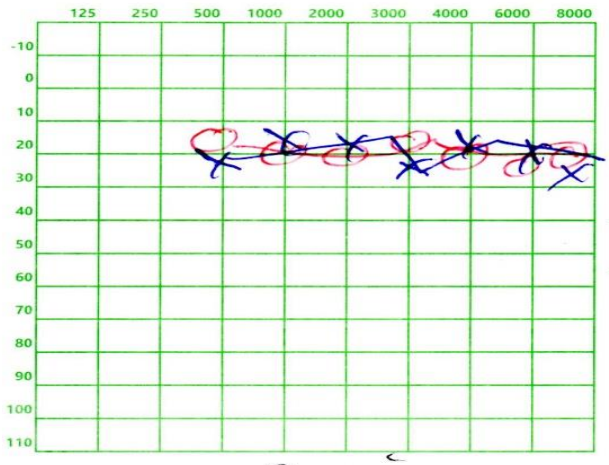
	SI	NO
OTITIS		
OTORREA		
ACUFENOS		
MENINGITIS		
TRAUMA		
CIRUGIA		
RUIDO		
CONDUCE MOTO		

	SI	NO
OTALGIA		
TRANSTORNO DEL EQUILIBRIO		
HTA		
ERUPTIVAS		
USO DE EPP		
DIABETES		
TCE		
AÑOS DE EXPOSICION AL RUIDO		

FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA:

EQUIPO **CALIBRACIÓN**

PTA		
	O.D	72.5
	O.I	78.2



<25 dB AUDICIÓN NORMAL

26 - 40 dB HIPOACUSIA LEVE

41 - 55 dB HIPOACUSIA MODERADA

56 - 70 dB HIPOACUSIA MOD. A SEVERA

71 - 90 dB HIPOACUSIA SEVERA

>90 dB HIPOACUSIA PROFUNDA

OBSERVACIONES: Oído sano

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

REALIZAR LIMPIEZA AUDITIVA: OD: O.I: REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA: REALIZAR AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA:

VALORACIÓN POR OTORRINO: INGRESAR AL SVE: USO DE EPP: CONTROL AUDITIVO:

REALIZADO POR:

CARGO:

FIRMA DEL PACIENTE

Grupo Integral de Salud FALAB
Carrera 49B # 79 – 99 Barranquilla, PBX: 377 0015 FAX: 3562672
www.grupofalab.com

Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

FR-SOC-002-05 V:01 OPTOMETRIA OCUPACIONAL

Empresa: Particulares **Ciudad:** Aguachica

Nombre Completo: Cesar David Avendaño Arregoces **Fecha:** 7-02-2020

Número Cédula: 72143914 **Dirección:** Calle 84B N°42E-266.

Teléfono: 3156446311 **Ocupación:** Instructor Nuevo Horizonte

Edad: 32 años **EPS:** Sura **ARL:**

Motivo de Consulta: Ingreso

Antecedentes Personales: Ninguno

Agudeza Visual:

AV VL SC OD: 20/40 OI: 20/40 AO: 20/40

AV VP SC OD: 1.00M. OI: 1.00M AO:

Distancia Pupilar: VL: mm VP: mm

Lensometria: OD: +1.50 OI: +1.50 AV: 050M cerca CC AV: 050M cerca CC.

Refracción: OD: N OI: N AV: 20/40 AV: 20/40

Subjetivo: OD: N AV: 20/40 OI: N AV: 20/40 ADD:

Exámen Ext: OD: Normal OI: Normal

Fondo de Ojo: OD: Normal OI: Normal

Visión de Colores: OD: Normal OI: Normal

Estereopsis: OD: Normal OI: Normal

Diagnóstico: Presbicia

Prescripción Optica:

	ESF	CYL	EJE	ADD	DP
OD:	N			+1.50	
OI:	N			+1.50	

Tipo de Lente: Monofocal **Filtro:** AR.

Prescripción Farmacológica:

Conducta: Adelanto corrección con la misma Rx

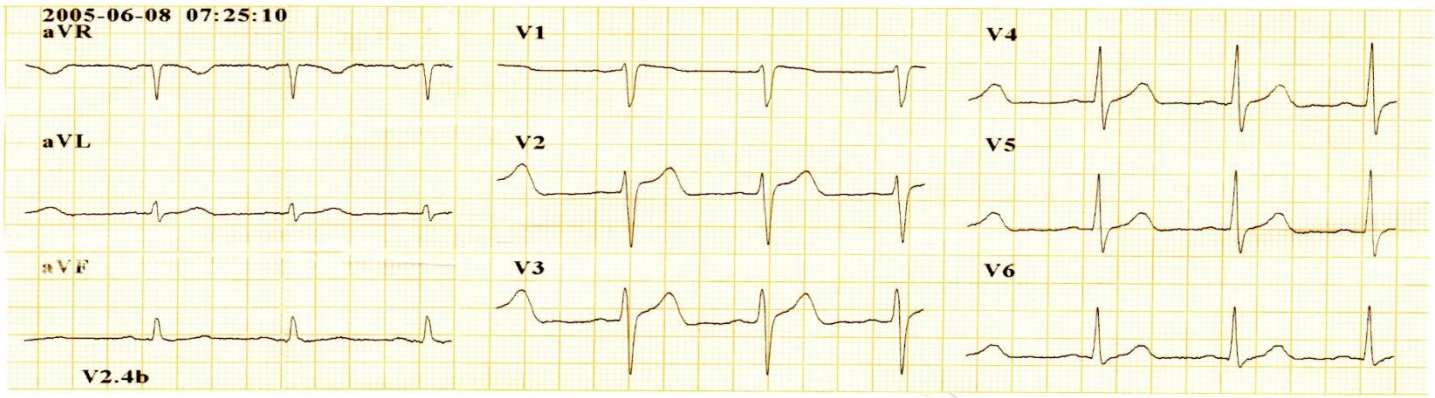
Antonia Bacca Diaz
Optometrista

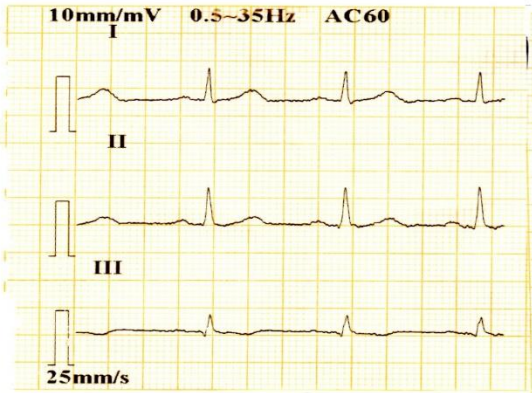
Firma del Profesional

Firma del Paciente

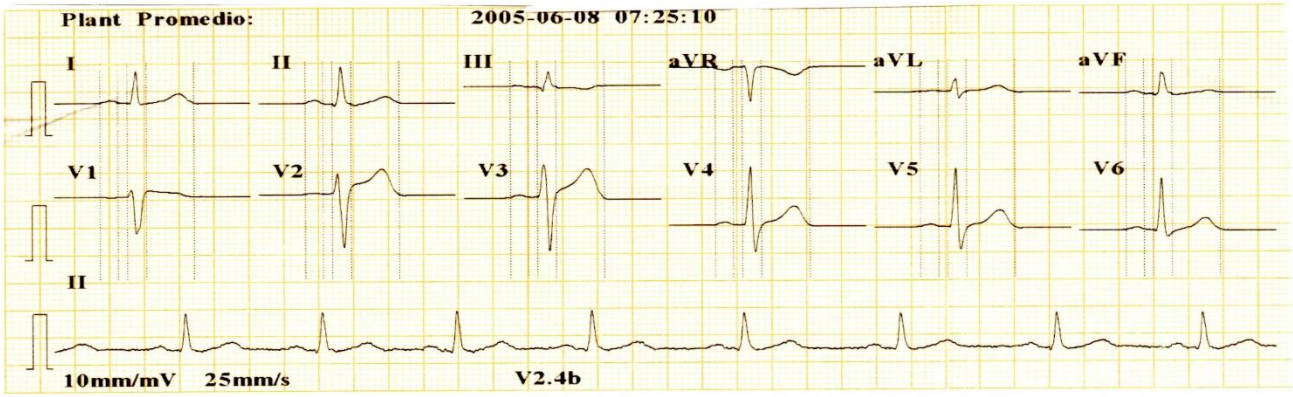
Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

FR-SOC-002-04 V:02 ELECTROCARDIOGRAMA





ID	:050608-0724	
Nomb	Oesar Avendano	
Edad	: 52 A	
Sexo	: Mascul	
PA	: mmHg	
Altura	: cm	
Peso	: kg	
FC	: 71 bpm	
Dur P	: 104 ms	
Int PR	: 163 ms	
Dur QRS	: 104 ms	
Int QT/QTC	: 384/419 ms	
Eje P/QRS/T	: 53/49/23 °	
Amp RV5/SV1	: 1.130/0.704	mV
Amp RV5+SV1	: 1.834	mV
Amp RV6/SV2	: 1.001/1.021	mV



NOMBRE_____Edad_____
FECHA Día ____ Mes ___ 2019

Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

LABORATORIO CLINICO AUTOMATIZADO FALAB

ISO 9001 icontec

Copia

Nombre	**AVENDAÑO A CESAR DAVID**		Fecha de recepcion:	01-feb.-2020	
Identificacion	CC72143914	Tel.	Fecha de impresion:	03-feb.-2020 12:33 pm	**2014018**
Edad	52 Años	Sexo M	Empresa	PARTICULARES	
Medico	PARTICULAR		Plan	SO PARTICULARES	
Servicio	CONSULTA EXTERNA		Sede	SALUD OCUPACIONAL	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
COLESTEROL TOTAL **Metodo: COLORIMETRIA**	121	mg/dl	0 a 180
COLESTEROL LDL **Metodo: COLORIMETRIA**	56	mg/dl	
OPTIMO: < 100 mg/dl CASI OPTIMO: 100-129 mg/dl ENTRE NORMAL Y ALTO: 130-159 mg/dl ALTO: 160-189 mg/dl MUY ALTO: > 190 mg/dl			
COLESTEROL HDL **Metodo: COLORIMETRIA**	42.5	mg/dl	
Valores de Referencia: SIN RIESGO: MAYOR de 55 mg/dl RIESGO MODERADO: 35-55 mg/dl RIESGO ALTO: Menor de 35 mg/dl			
TRIGLICERIDOS **Metodo: ENZIMATICA COLORIMETRICA**	112	mg/dl	0 a 180
VLDL COLESTEROL	22	mg/dl	8 a 40

RESPONSABLE: DRA. VIVIANA VASQUEZ DAZA
BACTERIOLOGA.TP: #1168

Sede Principal
Cra 49b No. 79-99
PBX: 3770015
Cel.: 3126603085

Sede Club de Leones
Calle 66 No. 38-99
PBX: 3583753

Sede Cari
Calle 57 No. 23-100
PBX: 3770015 EXT 112
Cel.: 3126603097

PAGINA DE DESCARGA DE RESULTADOS WEB:
WWW.GRUPOFALAB.COM

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL
INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
PARA INGRESO

FI-VI-V2



DATOS GENERALES			
FECHA	01 DE FEBRERO DE 2020	**IPS**	**LABORATORIOS FALAB**
DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		

El presente registro de huella de índice derecho se tomó durante la valoración psicológica, permitiendo constatar la identidad del sujeto y mediante la cual se da consentimiento por parte del trabajador para responder a la siguiente valoración.

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRES Y APELLIDOS	**CESAR DAVID AVENDAÑO ARREGOCES**			**EDAD**	49 AÑOS
ESTADO CIVIL	CASADO	**SEXO**	MASCULINO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**	**72143914**
CARGO	INSTRUCTOR	**NIVEL EDUCATIVO**	ESPECIALISTA	**CIUDAD**	BARRANQUILLA

OBSERVACIONES Y DATOS RELEVANTES DE LA ENTREVISTA SEMISTRUCTURADA.

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO A REALIZAR Y ANTECEDENTES LABORALES:

El entrevistado comenta que dentro de las funciones deberá realizar en la empresa están las orientadas a la instrucción. Cuenta con experiencia laboral en las acciones a ejecutar en el presente contrato, manifiesta que no debe ejecutar funciones que demanden espacios de tiempo prolongado de concentración constante y permanente que podrían superar los 25 minutos de atención sostenida. Clasifica sus labores de bajo riesgo puesto que no expone su integridad física. Manifiesta que no realizara actividades que impliquen altos niveles de detalle o presión visual o manual. Niega tener antecedentes de incidentes o accidentes en el cumplimiento de tipo laboral.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS Y MEDICOS REPORTADOS:

El entrevistado no menciona antecedentes quirúrgicos y/o médicos a la fecha. No reporta antecedentes psicopatológicos a la fecha.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS.

Teniendo en cuenta a los resultados de las preguntas de tamizaje, el entrevistado no evidencia indicadores de signos o síntomas asociados a trastornos del estado del ánimo como ansiedad o depresión y niega dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias psicoactivas.

RESULTADOS DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA.

Durante la entrevista se observó con adecuado juicio y raciocinio acorde con su edad, ubicado y orientado en las tres esferas psíquicas, refiere adecuada conciliación del sueño, se encuentra alerta, colaborador, al proceso de entrevista. Evidencia conveniente atención selectiva y sostenida. Se muestra competente para la denominación y comprensión de instrucciones complejas. Los resultados del tamizaje neuropsicológico muestran normalidad a nivel cognitivo

acorde con su edad cronológica, tiene adecuada capacidad para la manipulación de objetos mentalmente en tres dimensiones, realiza operaciones y cálculos mentales, posee adecuada capacidad para nombrar, recordar y evocar sin dificultad, realiza eficazmente la denominación y repetición de palabras sin mayor grado de dificultad.

RESULTADOS DE PRUEBAS DE PERSONALIDAD.

La prueba arrojó que el entrevistado es una persona con adecuado manejo de las relaciones sociales y asertivo en la expresión de sus pensamientos y emociones mostrándose amable, respetuoso, colaborador ante las necesidades de los demás. Es capaz de controlar sus impulsos, lo cual lo lleva a ser equilibrado y acorde a su entorno. Así mismo se apropia de manera positiva con los objetivos de la empresa, lo cual lo conlleva a realizar sus labores con armonía, siendo minucioso en sus actividades laborales mostrando responsabilidad y sentido de pertenencia con la empresa.

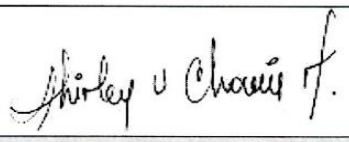
RESUMEN GENERAL DE LA VALORACIÓN.

CONDICIONES DE RIESGO	No presenta.
ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS	No reporta antecedentes.
PRUEBAS DE PERSONALIDAD	Dentro de los parámetros esperados.
DEPRESIÓN	Negativo.
ANSIEDAD	Negativo.
ACROFOBIA	Negativo.
FARMACODEPENDENCIA	Negativo.
ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	Niega de consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.
PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA	Dentro de los parámetros de la normalidad.

RECOMENDACIONES PARA MEDICO OCUPACIONAL.

Ninguna.

CONSENTIMIENTO DEL TRABAJADOR PARA RESPONDER A LA SIGUIENTE VALORACIÓN: Acepto responder de manera libre y voluntaria a la entrevista psicológica Clínica – Ocupacional, tamizaje clínico y neurocognitivo, que me serán realizado como parte de la valoración psicológica ocupacional para proceso de ingreso, igualmente doy fe que toda la información que he suministrado es veraz y que soy consciente que esta valoración busca evaluar e identificar riesgos para el desempeño de mi trabajo. Brindo autorización para realizar el análisis de la información que suministre, la generación del reporte respectivo y que estos podrán ser entregados a las entidades o personas autorizadas legalmente.



La presente valoración es realizada por el profesional de la psicología SHIRLEY CHARRIS MARTINEZ

FIRMA Y DATOS DEL PSICÓLOGO EVALUADOR

ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, en cumplimiento de lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la eventual prestación de nuestros servicios serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, los recogerá a través de la presente entrevista, aplicación de pruebas psicotécnicas y serán usados para: (i) cumplir con obligaciones derivadas de una relación jurídica que se tenga con usted o se llegase a tener; (ii) cumplir con obligaciones de salud y otras obligaciones legales; (iii) orientarlo en tratamientos psicológico, terapias y calidad de vida; (iv) dar un concepto de salud mental a la empresa que solicita la presente valoración, (v) recolectar, almacena y consolidar la información suministrada. Usted tendrá derecho de acceder, rectificar y actualizar esa información.

Leído lo anterior, AUTORIZO de manera previa, explícita e inequívoca a ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información aquí reportada y que la misma ha sido suministrada de forma voluntaria siendo la misma completa, confiable, veraz, exacta y verídica.