SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921010** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **53586-754362** |
| **No. de documento** | **19803** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | **C.C.** | 53.044.416 | **IP/Nº de contacto** | 3112959326 |
| **Correo electrónico contratista:** | jaroa@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO | | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 473070042006 | | |
| **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:** | 2232292/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **26721** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 30.826.472 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 30.826.472 | **1** | **Del** | **18/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 3.790.140,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 27.036.332 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGR

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.790.140 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.790.140** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.518.455** | | **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** | ---------- | **48216427** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.516.056 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 189.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 242.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 37.000 | $ 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 | $ 839.485 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.518.455,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.357.940,00 | |
| 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 | 32.438,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.757.702,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ficha:2140991
competencia: Tendido de la red de distribución coaxial
actividades: Sustentación actividades realizadas, herrajes, equipos activos; Taller de refuerzo, Unidades de los equipos hfc db, dbm, Sustentación planes de mejoramiento, evidencias Análisis video , instalación de puestas a tierra hfc
Cuestionario , instalación de puestas a tierra hfc, tierra, neutro, fase Sustentación, instalación de puestas a tierra hfc

Apoyo admninistrativo: archivo aprendices enviados a comité

**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.

**JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ**
**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,

**GERMAN GILBERTO ALARCON ROZO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 53044416 | JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | CR 10 BIS # 16 - 30 SUR | 4074630 | roaalexandra@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-01 | 2021-01 | I | | 48216427 | $281.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 281.200 | 281.200 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 53044416 | JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | | CR 10 BIS # 16 - 30 SUR | 4074630 | roaalexandra@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-01 | 2021-01 | I | | 48216427 | $281.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 53044416 | ROA FERNANDEZ JENNY ALEXANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 908.526 | 113.600 | 14-23 | 908.526 | 3 | 22.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ identificado(a) con cedula ciudadania 53.044.416, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20190211 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Febrero de 2.021

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15450697

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ con identificación No. 53.044.416 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 19 de enero del 2007

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de febrero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 018000510000.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14527520015

(415)7707212489984(8020) 000001452752001 5

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

## IDENTIFICACIÓN

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

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROA | FERNANDEZ | JENNY | ALEXANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 10 BIS 16 30 SUR BRR CIUDAD JARDIN SUR

42. Correo electrónico: roaalexandra@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 7 0 1 | 8 5 4 1 | 2 0 1 3 0 2 0 1 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

## 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 2 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2019 - 05 - 22

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 42720

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| **FECHA : 22/01/2020 HORA:10:50** | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | DOCUMENTO: 53044416 | EDAD: 36 GENERO: F |
| EMPRESA: INDEPENDIENTE | CARGO: INSTRUCTOR SENA TELECOMUNICACIONES | TELEFONO: 3112959326 |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | Si | | Respiratorio | Si | |
| Espirometria | Si | | Dermatología | Si | |
| Audiometria | Si | | Osteomuscular | Si | |
| Visiometria | -- | | Cardiovascular | Si | |
| Optometria | Si | | Prueba de equilibrio | -- | |
| Electrocardiograma | Si | | Radiologia Tunel/carpo | -- | |
| Psicología Laboral | -- | | Radiologia Columna | -- | |
| Vacunas | -- | | Radiologia Torax | -- | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | Si | | Parcial de Orina | -- | |
| Glicemia | Si | | RH-Grupo Sanguineo | -- | |
| Colesterol | Si | | KOH Uñas | -- | |
| Trigliceridos | Si | | Frotis Faringeo | -- | |
| Serologia | -- | | Coprologico | -- | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

**APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Segun Res.1409 de julio 23 de 2012**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | **Si** | **Aplazado** | **--** |
| **Apto Para el cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | **--** | **No Apto Para Este Cargo** | **--** |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | **--** | | **--** |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | **--** | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | **--** |

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES. EXAMEN CARDIOVASULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES. BAJO RIESGO. EXAMEN FONOAUDIOLOGICO DE LA VOZ DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE ANEXA REPORTE DE TEST DE PESONALIDAD MBTI. RECOMENDACION: 1. USO DE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | -- | Evitar Posturas Prolongadas | Si |
| Pausas Activas | Si | Control Optometrico Periodico | Si | Uso de Medias de Compresión Graduado | -- |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | Si | Uso de Lentes Permanentes | Si | Valoración y Manejo en IPS | -- |
| Uso de Elementos de Protección Personal | Si | Uso de Lentes Visión Cercana | -- | Dieta - Ejercicio Físico | -- |
| Valoración por IPS de Medicina Laboral | -- | Control de Tension Arterial | -- | Control Espirómetria | -- |
| Control Audiometrico | -- | Estilos de Vida Saludable | Si | Control Médico Ocupacional Anual | Si |
| | | | | | -- |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

**He comprendido el propósito, los beneficios de la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | | |
|---|---|---|
| NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ<br>LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador | 53044416 |
| | C.C. No | Huella |

*Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*

Carrera 21 No. 26-00/06 Su
Barrio Olaya - Bogotá, D.C
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 165
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 299
umedltda@gmail.cor
www.umedips.cor

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud

## VALORACIÓN VISUAL LABORAL



| | | |
|---|---|---|
| **EXAMEN DE: OPTOMETRIA COMPLETA** | Fecha de Realizacion: 22/01/2020 | |
| NOMBRE: JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | CEDULA: 53044416 | |
| GENERO: FEMEMNINO | FECHA NACIMIENTO: 29/11/1983 | EDAD: 36 Años |
| EMPRESA: INDEPENDIENTE | | CARGO: INSTRUCTOR SENA TELECOMUNICACIONES |
| EPS: COMPENSAR | | ARP: |

### ANTECEDENTES LABORALES

Ocupación: INSTRUCTOR SENA TELECOMUNICACIONES - Tiempo en este Oficio: 2 AÑOS
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: SI - Cual: MONOGAFAS

Oficios Anteriores - Tiempo:

### EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen HACE 1 AÑO

Tiene Lentes Formulados: SI - Hace Cuanto: 14 AÑOS - Fecha Ultimo Cambio de Lentes HACE 2 AÑOS

Usa Lentes Actualmente: SI - Tipo de Lentes: Anteojos - Forma de Uso: Ocasionales

Sintomatologia Ocular Actual: VE MENOS DE LEJOS

EXAMEN EXTERNO: OD - NORMAL
OI - NORMAL

ESTADO MOTOR: NORMAL

### EVALUACIÓN DE PRUEBA

| AGUDEZA VISUAL: | SIN CORRECCIÓN | CON CORRECCIÓN |
|---|---|---|
| LEJOS OD: | 20/30+1 | 20/20 |
| OI: | 20/20-2 | 20/20 |
| AO: | 20/20 | 20/20 |
| CERCA OD: | 0.50 M | 0.50 M |
| OI: | 0.50 M | 0.50 M |
| AO: | 0.50 M | 0.50 M |

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes

DX - ASTIGMATISMO MIOPICO AO

Cromatica: Normal - Observaciones:

**Keratrometria OD: 44.50 SPH**
**OI: 44.25/44.50*50**

Retinoscopia OD: -1.25-0.50*100 20/20
OI: -0.75-0.25*80 20/20

Test Estereopsis: 40 Seg de Arco

Interpretación: VISION LEJANA DE OJO DERECHO DISMINUIDA, MEJORA CON CORRECCION OPTICA EN USO Y CON FORMULA RETINOSCOPICA

### RECOMENDACIONES LABORALES

| | | |
|---|---|---|
| Control Anual | Usar Elementos de Protección Visual Adecuados | Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica |

**OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional**

**LESLIE JOHANA GALINDO GALINDO**

**LICENCIA No. 12140**

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Dra. Leslie Johana Galindo Galindo
Optometrista
UMED LTDA. IPS Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia No. 12140 24/09/2019

**TRABAJADOR**

*Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Nit: 830.015.894-4

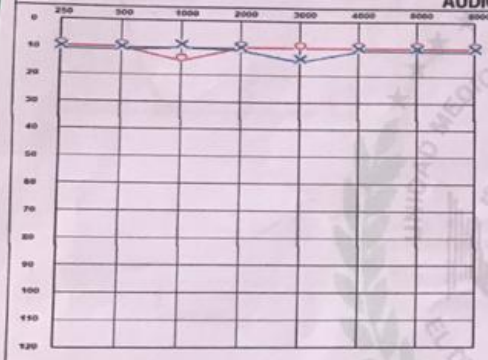
Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



## EXAMEN DE AUDIOMETRIA LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| INGRESO | Fecha de Realizacion: 22/01/2020 | |
| NOMBRE: JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ | DOCUMENTO NO.: 53044416 | |
| GENERO: FEMENINO | FECHA NACIMIENTO: 29/11/1983 | EDAD: 36 Años |
| EMPRESA: INDEPENDIENTE | | EPS: COMPENSAR |
| CARGO: INSTRUCTOR SENA TELECOMUNICACIONES | | ARP: |
| Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - No | Utiliza Protectores Auditivos - No | |

### AUDIOGRAMA




IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: AUDICION NORMAL

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO.UTILIZAR E.P.A EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 dB, EVITAR USO DE AUDIFONOS PARA MUSICA.

### ANTECEDENTES FAMILIARES

### ANTECEDENTES AUDITIVOS

| | | |
|---|---|---|
| Otalgia - No - | Otitis - No - | Otorrea - No - |
| Traumas - No - | Cirugias - No - | Acufenos - No - |
| Transtornos del Equilibrio - No - | Hipertención Arterial - No - | Sinusitis - No - |
| Diabetes - No - | | |

### HABITOS

| | | |
|---|---|---|
| MP3 - ocasional | | |

### OTOSCOPIA

| | |
|---|---|
| OD NORMAL - | OI NORMAL - |

### RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| Control Auditivo en un año | Uso Doble de Protección Auditiva | No Utilizar Audifonos (MP3) |

Fonoaudiologa Esp Salud Ocupacional
ANGELA JULIETH HURTADO MUÑOZ
LICENCIA No. RESO 25/1210/2017

TRABAJADOR

*Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*


Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

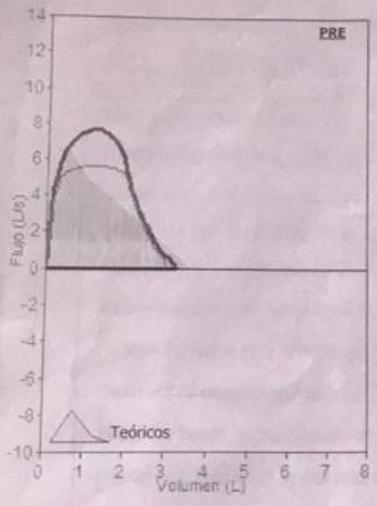

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

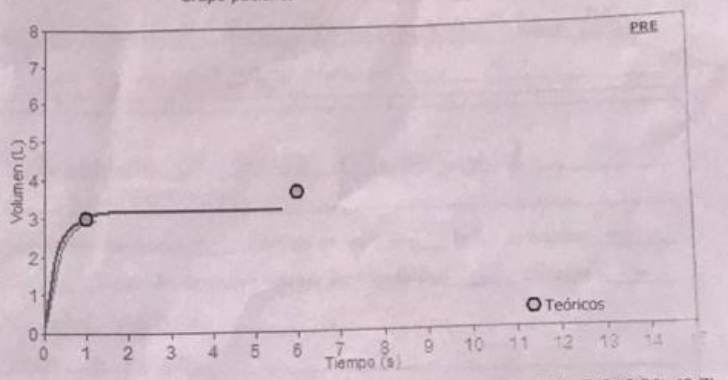
## Resultados de la prueba de Función Pulmonar

**Fecha de visita 22/01/2020**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cód. paciente: 53044416 | | Edad | 36 |
| Apellido | ROA FERNANDEZ | Género | Femenino |
| Nom. | JENNY ALEXANDRA | Altura, cm | 160 |
| Fecha de nacimier | 29/11/1983 | Peso:, kg | 52 |
| Grupo étnico | Caucásico | BMI | 20.31 |
| Fuma | No fumador | Paquete-año | |
| Grupo paciente | | | |

FVC FEV1 FEV1%




Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1=0.15L (5.15%), FVC=0.26L (8.7%

1 Acceptable trials

**Interpretación**

Espirometría normal

**Fecha prueba PRE 22/01/2020 10:59:27 a. m.**

| Parámetros | | LLN | Teór. | Best | %Teór. | Z-score | PRE #1 | PRE #2 | PRE #3 | POST | %Teór. | %Cam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FVC | L | 2.94 | 3.61 | 3.23* | 89 | -0.94 | 3.23 | 2.97 | | * | | |
| FEV1 | L | 2.43 | 2.99 | 3.06* | 102 | 0.19 | 3.06 | 2.91 | | * | | |
| FEV1/VC | % | 73.4 | 83.2 | | | | | | | | | |
| FEV1/FVC | % | 73.4 | 83.2 | 94.7* | 114 | 1.94 | 94.7 | 98.0 | | * | | |
| PEF | L/s | 5.19 | 6.85 | 7.68* | 112 | 0.82 | 7.68 | 5.67 | | * | | |
| FEF2575 | L/s | 2.01 | 3.21 | 5.59 | 174 | 3.27 | 5.59 | 5.21 | | | | |
| ELA | años | | 36 | 36 | 100 | | 36 | 41 | | | | |
| FET | s | | 6.00 | 5.63 | 94 | | 5.63 | 1.22 | | | | |
| EVol | mL | | | 130 | | | 130 | 80 | | | | |
| FIVC | L | 2.94 | 3.61 | | | | | | | | | |

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.082 27 °C (80.6 °F) - Teóricos NHANES III

**Informe médico**

*Firma*

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y05385
Calibración 27/04/2018 02:31:27 p. m.

DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

NIT: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud


## EVALUACION DE VOZ FONOAUDIOLOGIA

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Nombres y apellidos JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ Edad: 36.

C.C.: 53044416 Fecha: 22-01-2020 Profesión: _____

**MOTIVO DE CONSULTA**

Diagnostico medico: Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

¿Presenta ud. alguna de estas afecciones? Ronquera — Pérdida de voz — Dolor al hablar —

sensación de constricción en el cuello — Sensación de cuerpo extraño en la garganta — carraspeo —

Desde cuando tiene esta afección: NO APLICA

¿A qué atribuye esta afección? NO APLICA.

Describa su ocupación actual: INSTRUCTORA SENA.

¿Cuántas horas habla durante el trabajo? 6 horas x día

¿Tiene que hablar en ambientes ruidosos? SI

¿Habla mucho fuera del trabajo? NORMAL

¿Hay niños pequeños o personas mayores sordas en su hogar? NO.

Al levantarse Esta peor o mejor de su voz NORMAL. y luego de hablar NORMAL.

Tiene dificultades al masticar o tragar? NO las bebidas frias le dañan su voz? NO.

¿O mejoran su voz? NO las emociones alteran su voz? NO es nervioso? NO Canta SI puede cantar SI desafina NO

**APARATO RESPIRATORIO**

¿Fuma? NO cuantos diarios — ha tenido afecciones bronco pulmonares NIEGA

De que naturaleza NO APLICA

Con que frecuencia —

Observaciones — NINGUNA

Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

*Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*


Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

APARATO DIGESTIVO

¿Come de todo? SI ha presentado alguna afección hepato-biliar? NO ¿Sufre de gastritis? NO

le han diagnosticado reflujo? NO ¿Siente agrieras después de las comidas? NO

¿Toma bebidas muy frías? NO muy calientes? NO.

ALERGIAS

¿Ronca? — presenta obstrucción nasal brusca? NO

se resfría continuamente? NO ¿Le han diagnosticado rinitis? NO

¿Antecedentes de sinusitis? NO ¿Qué alimentos no tolera y por qué? NINGUNO

¿Dolores de garganta NO faringitis NO ¿Guarda reposo durante un episodio de gripa? NO.

Observaciones

EVALUACION OFA

Labios NORMAL

Dientes NORMAL

Paladar duro NORMAL paladar blando —

Lengua NORMAL

Cuello NORMAL palpación NORMAL.

Tipo de respiración NORMAL

Observaciones NINGUNA

EXPLORACION DE LA VOZ

FONACION:

Altura: normal ✓ demasiado alta ____ demasiado suave ____ Variada ____

Cualidad: Resoliante ____ Áspera ____ Ronca ____ hipernasal ____ Resonancia normal ✓

Problemas de articulación: NO PRESENTA

VOZ HABLADA Y LEÍDA:

Coordinación fono – respiratoria NORMAL

Ritmo conversacional: bradilalico ____ taquilalico ____ normal ✓

Aspecto expresivo de la voz (prosodia): NORMAL,

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO: Z100 - EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.

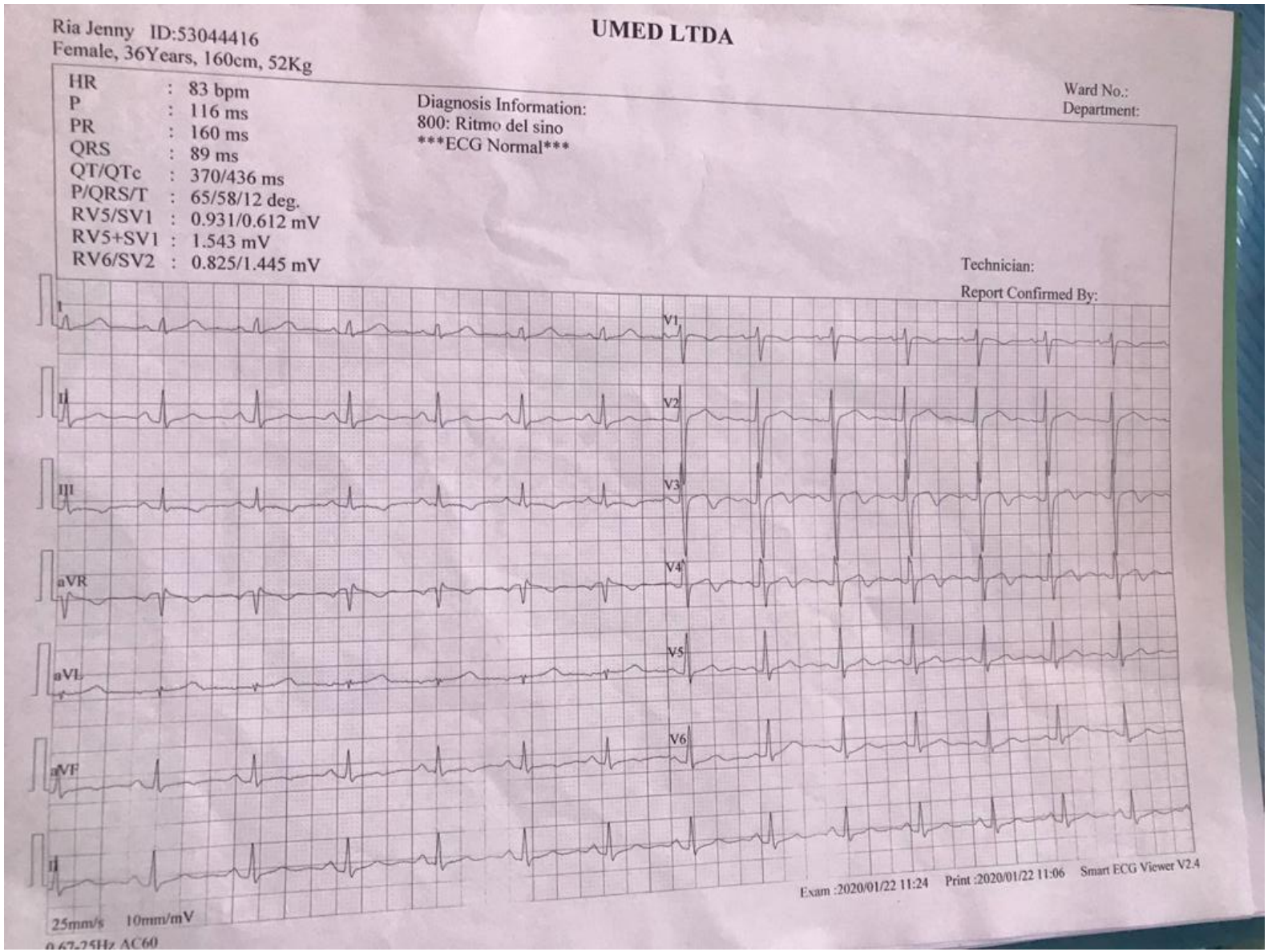
PLAN DE TTO: REALIZAR TALLER DE HIGIENE VOCAL CON FONORESPIRACION, ACIDADOS Y PAUTAS DE HIGIENE PARA LA VOZ

Dra. Angela J. Hurtado Muñoz
Fonoaudióloga C.M.P.
Salud Ocupacional

Y SELLO FONOAUDIOLOGA ESPECIALISTA

C.C. 53044416

FIRMA Y C.C. DEL PACIENTE


UMED LTDA
Ria Jenny ID:53044416
Female, 36Years, 160cm, 52Kg
HR : 83 bpm
P : 116 ms
PR : 160 ms
QRS : 89 ms
QT/QTc : 370/436 ms
P/QRS/T : 65/58/12 deg.
RV5/SV1 : 0.931/0.612 mV
RV5+SV1 : 1.543 mV
RV6/SV2 : 0.825/1.445 mV
Diagnosis Information:
800: Ritmo del sino
***ECG Normal***
Ward No.:
Department:
Technician:
Report Confirmed By:
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
II
Exam :2020/01/22 11:24
Print :2020/01/22 11:06
Smart ECG Viewer V2.4
25mm/s 10mm/mV
0.67-25Hz AC60

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

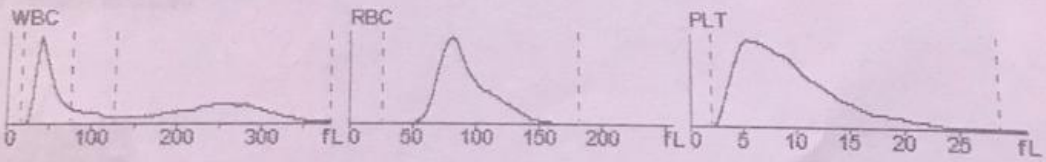
Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud

### CUADRO HEMATICO

ID: 03 Modo: Completa Hora: 23-01-2020 08:12
Nombre: JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ Sexo: Mujer Edad: 36 años
N.° hª clín.: 53044416 N.° cama: Dept.:

| Parámetro | Result. | Rango ref. |
|---|---|---|
| WBC | 6.2 x 10^9/L | 4.5 - 10.0 |
| Lymph# | 2.3 x 10^9/L | 0.8 - 4.0 |
| Mid# | 0.6 x 10^9/L | 0.1 - 0.9 |
| Gran# | 3.3 x 10^9/L | 2.0 - 7.0 |
| Lymph% | 37.8 % | 16.0 - 45.0 |
| Mid% | 9.6 % | 3.0 - 10.0 |
| Gran% | 52.6 % | 45.0 - 74.0 |
| HGB | 15.1 g/dL | 12.0 - 15.5 |
| RBC | 4.63 x 10^12/L | 3.90 - 5.00 |
| HCT | 42.6 % | 36.0 - 46.5 |
| MCV | 92.2 fL | 82.0 - 98.0 |
| MCH | 32.6 pg | 27.0 - 33.0 |
| MCHC | 35.4 g/dL | 32.0 - 36.0 |
| RDW-CV | 14.3 % | 11.5 - 15.5 |
| RDW-SD | 49.2 fL | 35.0 - 56.0 |
| PLT | 274 x 10^9/L | 150 - 500 |
| MPV | 7.6 fL | 7.0 - 11.0 |
| PDW | 15.8 | 15.0 - 17.0 |
| PCT | 0.208 % | 0.108 - 0.282 |




Rmte.:PARTICULAR Analiz.:DR MERCEDES Compr.:

Maria Osana Roa
Bacteriologa - Uniandes
Especialista Salud Ocupacional
Res. 4791.012

*alice sus exámenes en Instituciones medicas*
*robadas por la Secretaria Distrital de Salud:*
*UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*


Carrera 21 No. 26-00/06 S
Barrio Olaya - Bogotá, D.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 16
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 29
umedltda@gmail.co
www.umedips.co

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



## LABORATORIO CLINICO

| | | |
|---|---|---|
| Empresa: INDEPENDIENTE | Numero: 31498 | |
| **INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR** | Fecha de Realizacion: 23/01/2020 | |
| **Nombres Apellidos** | **Documento de Identidad** | **Edad** |
| **JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ** | **53044416** | 36 |

| EXAMEN | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Glicemia Basal | 74 | Vr: 70 - 105 Mg/dl |
| Colesterol | 167 | Optimo: Menos de 200 Mg/dl<br>Limite : 201 - 240 Mg/dl<br>Alto : Mayor de 240 Mg/dl |
| Triglicéridos | 78 | Limite : Hasta 150 Mg/dl |
| Colesterol HDL | 51 | > 65 mg Riesgo bajo<br>entre 45- 65 Riesgo moderado<br>< 45 Riesgo alto |
| Colesterol LDL: | 100,4 | |

Fecha de Impresion: 23/01/2020

Dra. MERCEDES OSORIO ROJAS
BACTERIÓLOGA

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

*Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional*

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

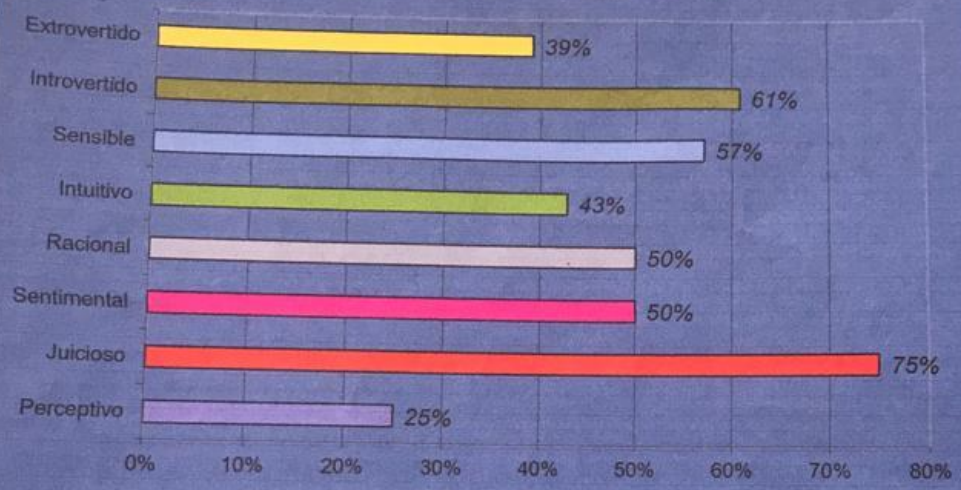
Nombre: JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ
Fecha: 22/01/2020

Gustavo Palomino Sánchez
Psicólogo F.U.M.
T.P 79638502

MENU

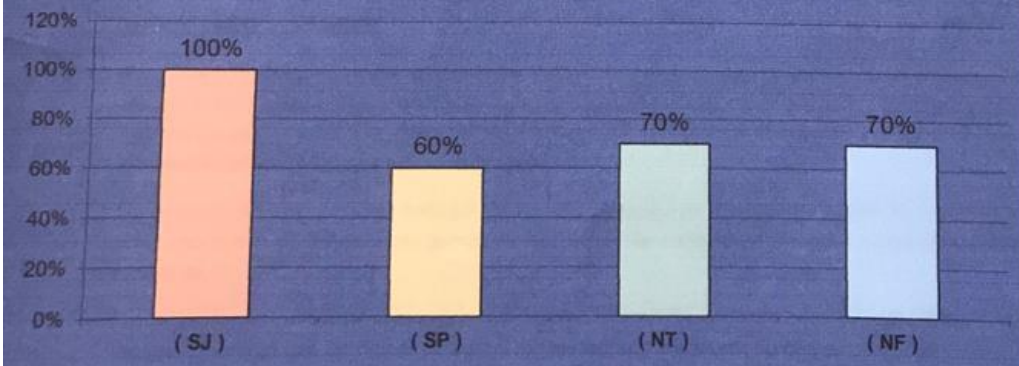
MBTI-PLUS

## PERFIL DE FACTORES DE LA PERSONALIDAD




**PERFIL DOMINANTE DE PERSONALIDAD ISFJ**

## PERFIL DE TEMPERAMENTO




**TEMPERAMENTO DOMINANTE ( SJ )**

**PLAN DE DESARROLLO PARA SER MÁS EFICAZ**

El desarrollo de su razón introvertida será de gran ayuda para ellos. En efecto, ella les permitirá escoger entre sus prioridades y, en consecuencia, dejarse absorber menos por las exigencias de los que los rodean. También les permitirá tomar distancia respecto a las instituciones, en las que fácilmente tienden a confiar.

La utilización del pensamiento les llevará también a considerar las consecuencias lógicas de sus acciones y a elaborar argumentos, apoyándose en las experiencias anteriores. Así podrá servir de introducción a la función interior.

De este modo, utilizarán su función inferior para imaginar posibilidades y explorar las diferentes eventualidades del futuro. Además, las podrán anotar por escrito y comparar después sus supervisores con la realidad.

**TIPOLOGIA DE TEMPERAMENTO**

Son concretos y realistas. En general, se interesan más por el aspecto funcional de las cosas que por su aspecto estético. Son organizados, previsores y responsables. Tiene el sentido del deber y se sienten incluso obligados a hacer favores. Son estables y fieles y cumplen su palabra.

Son respetuosos con las tradiciones, las costumbres, las reglas y las leyes. Son los guardianes de los valores sociales. Pertenecen voluntariamente a asociaciones y clubes, pero también se ofrecen voluntariamente para ejecutar las tareas comunes del grupo. Su apariencia es clásica; se adaptan a los usos en vigor dentro del grupo.

Muestran su afecto por actos concretos, pero lo expresan poco con palabras o con gestos. Con frecuencia se constituyen en defensores de los débiles.

**Situaciones particulares**

**Familia.** Les gusta que los roles sean claros y que cada uno tenga su sitio. Asumen con facilidad el rol de autoridad y se constituyen con frecuencia en "padres normativos".

**Educación.** Prefieren seguir un proceso analítico, con las etapas bien definidas. Prefieren tener un marco estructurado y adoptar métodos conocidos. Se encuentran cómodos con los algoritmos, siguiendo las mismas reglas operativas. Quieren saber para qué sirve lo que aprenden y practicar para comprender.

**Vida profesional.** Son administradores precisos y rigurosos. Son eficaces. Su talento se muestra concretamente en la redacción y observancia de normas y procedimientos. Son buenos planificadores.

**Ejercicio de autoridad.** Tienen el sentido de la jerarquía. Respetan a sus superiores y esperan que sus colaboradores hagan lo mismo con ellos. Son firmes e imparciales.

**Sectores de actividad.** Se encuentran, sobre todo, en la administración, los bancos, los seguros, la educación - sobre todo, en primaria y secundaria- y en determinadas profesiones de la salud.

**Relación con el tiempo.** Son puntuales y organizados. Componen listas de lo que tienen que hacer, siguen la lista y, en general, van anotando lo ya hecho. Saben dejar lo que les podría estorbar.

**Relación con el dinero.** Saben manejar el dinero. Son ahorradores y saben administrar su presupuesto.

Gustavo Bejarano Sanchez
Psicólogo F.U.M.
T.P. 79638502

**GUSTAVO BEJARANO SANCHEZ.**
**PSICOLOGO**
**T.P 79638502**
**TEL: 3123210889**

## Hace constar:

Que el Sr(a) JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53044416 realizó el día 21/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 53044416 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

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

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **21/02/2021**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53044416**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570473070042006** |
| Fecha de apertura | **19/09/2012** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**

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

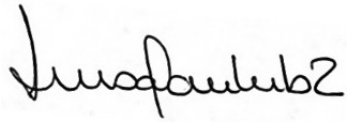
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ, con Cédula Ciudadanía No. 53044416 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 06/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 05/02/2021 y fecha hasta 04/10/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202101012355037.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CENTRO INTERNACIONAL | 12 | 12-46-101046052 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 18 | 02 | 2021 | 18 | 02 | 2021 | 00:00 | 10 | 05 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| ROA FERNANDEZ JENNY ALEXANDRA | | 53044416 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| CR 10 BIS NO.10-30 SUR BRR CIU | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | 3112959326 | |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C. | | 899999061-9 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| CARRERA 30 NO 17B-25 SUR | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | 5960050 | |

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.2232292 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA -

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 18/02/2021 | 10/05/2022 | $ 3,082,647.20 |

OBSERVACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA: | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 3,082,647.20 | 18/02/2021 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| JAIRO WILCHEZ ROJAS | 10178 | 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 AVENIDA 39 NO 7-88 - Teléfono: 2881662 - BOGOTA, D.C.

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. 12-46-101046052, 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 BOGOTA, D.C., a los 18 días del mes de Febrero 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°: 12461010460520

| FECHA | |
|---|---|
| 18/02/2021 | |

RECIBIMOS DE: ROA FERNANDEZ JENNY ALEXANDRA C.C. 53044416

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101046052

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101046052 - 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: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178 | 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°: 12461010460520

| FECHA | |
|---|---|
| 18/02/2021 | |

RECIBIMOS DE: ROA FERNANDEZ JENNY ALEXANDRA C.C. 53044416

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101046052

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101046052 - 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: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178 | 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.12-46-101046052

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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027737 90

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000027737900

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 20/02/2021 11:54a.m. |

**RECIBIMOS DE:** ROA FERNANDEZ JENNY AL — CC. 53.044.416

**LA SUMA DE:** Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027737900

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CENTRO INTERNACIONAL-46-101046052-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 33,320.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 33,320.00
**OTROS:** $33,320.00

**TRANSACCION:** 0002773790

**TOTAL:** $33,320.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/20/2021 12:02:30PM

172.16.10.23

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **21/02/2021**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JENNY ALEXANDRA ROA FERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53044416**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570473070042006** |
| Fecha de apertura | **19/09/2012** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, febrero 21 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 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 ($49'849.000)
e. Por el año gravable 2020, NO desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020, NO presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá, a los _____21_____ días del _____mes de febrero __ de 2021.

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Alexandra Roa Fernández

C.C. No. 53044416