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 ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.
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	**59775-198350**
No. de documento	**19982**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAVIER SEGURA RUIZ	**C.C.**	79.653.470	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jasegura929@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	ITAÚ	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		011418244	
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:	2269231/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**26221**	
Valor Total del Contrato	$ 38.280.515	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.280.515	**1**	**Del**	**17/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 1.895.075,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.385.440		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	$ 1.895.075		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	**$ 1.895.075**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.084.925**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 189.508	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 361.642	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.084.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.636.075,00	
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	15.804,00	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	**$ 1.879.271,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación complementaria a población vulnerable,en los centros de desarrollo comunitarios del distrito,2244463,ActividadeS Complementarias.Estructura organizacional de la empresa. Plan de Mercadeo Políticas de manejos de inventarios Tecnología de la empresa políticas de producción: Comportamiento del producto en el mercado Recursos disponibles por la organización. Plan de requerimientos evaluación de proyectos.Centrada en la construcción de autonomía para garantizar la calidad de la formación en el marco de la formació por competencias,el aprendizaje por proyectos y el uso de técnicas didácticas activas que estimulan el pensamiento para la resolución de problemas simulados y reales,fichas creadas en Sena Sofia.Proyectar el mercado de acuerdo con el tipo de producto o servicio y y características de los consumidores y usuarios. Elaborar los diferentes tipos de presupuesto de acuerdo con la definición del plan de necesidades requeridas por las diferentes unidades, áreas o procesos del negocio. Con base en los acuerdos y negociaciones pactada con los clientes, las técnicas contables y las normas legales, analizar la relación entre las políticas de producción y las proyeccio

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.

JAVIER SEGURA RUIZ
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JAVIER SEGURA RUIZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **79653470** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79653470
NOMBRES Y APELLIDOS	JAVIER SEGURA RUIZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	90
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47
EMPLEADOR(ES)	CC 79653470 JAVIER SEGURA DESDE 01/03/2019

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **22/02/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAVIER SEGURA RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79653470,** se encuentra afiliado/a desde **09/09/1992** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de febrero de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14548787147

(415)7707212489984(8020) 000001454878714 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 6 5 3 4 7 0	8	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	79653470	19910809

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SEGURA	RUIZ	JAVIER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 36 B SUR 11 25 AP 1010 CON MONTERREY DE SAN CARLOS

42. Correo electrónico: jasegura929@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8147582	3114505695

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8541	2014 10 28	8542	2014 10 28	8523	8559		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	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 - 29

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ⊗	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **05/12/2019 07:22:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ**

Cargo **INSTRUCTOR (A)** Doc. Identidad **CC 79653470**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 COLESTEROL TOTAL
4 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	5 TRIGLICÉRIDOS,EVALUACIÓN CARDIOVACULAR	6 VISIOMETRIA
7 AUDIOMETRIA SOD, EVALUACION OSTEOMUSCULAR	8 ESPIROMETRIA SOD (255)	9 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ⊗ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO⊗	ARL	SI ○	NO⊗	EPS	SI ○	NO⊗

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: JAVIER SEGURA RUIZ
CC 79653470
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR DE ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS
ALIMENTACION BALANCEADA.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

EJERICICO FISICO CARDIOVASCULAR 4 VECES POR SEMANA 40 MINUTOS, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS.
USO DE LENTES PERMANENTES.
SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SILICONA COPA)EN CASO DE RUIDO, CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.
SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: JAVIER SEGURA RUIZ
CC 79653470
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **05/12/2019**

Doc. Identidad **CC 79653470** Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ** Fecha Nacimiento. **25/01/1973**
Entidad **PARTICULAR** Edad **46 años** Ocupación **INSTRUCTOR (A)**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas (X) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa ALTURAS 40 2018 Cargo INSTRUCTOR (A) Antiguedad del cargo 10 A
Fondo de Pensiòn EPS ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **3 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI (X) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **SOLO GAFA S HACE 3 MESES**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/20**	**0.5 M**			
OI	**20/20**	**0.5 M**			
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros: **SANO**		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXOI** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC:**NORMAL**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA CORERGIDA

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
CON RESTRICCION DE USO DE LENTES PERMANENTES PARA TRABAJO EN ALTURAS ESPACIOS CONFINADOS Y MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL MONOGAFAS,

OBSERVACIONES
CON RESTRICCION DE USO DE LENTES PERMANENTES PARA TRABAJO EN ALTURAS ESPACIOS CONFINADOS Y MANEJO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL MONOGAFAS,

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

Doc. Identidad: **79653470** Nombre: **JAVIER SEGURA RUIZ** Fecha Nacimiento: **25/01/1973**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **46** Ocupación: **469**
Fondo de Pensiòn: EPS: ARL:

Empresa	Cargo	*Antigüedad del cargo*	*Antigüedad en la empresa*
ALTURAS 40 2018	**INSTRUCTOR (A)**	**10 AÑOS**	**8 AÑOS**

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO	MANIPULACIÓN DE CARGAS				POSTURA HABITUAL				MOV. Repetitivos	
	< 12kG	12 - 25	26 - 50	> 50kg	Sentado	De pie	Caminando	Otro	SI	NO
INSTRUCTOR	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☐		☒	☐

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
CAMINATA	**CAMINATA**	**SEMANAL**	**1 HORA**

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Cervicalgia	☐	☒	Artralgia	☐	☒	Tendinitis	☐	☒
Dorsalgia	☐	☒	Parestesias	☐	☒	Limitación Funcional	☐	☒
Lumbalgia	☐	☒	Edema	☐	☒	Inflamación	☐	☒

OBSERVACIONES:

REFIERE IMPACTO CON ARMA DE FUEGO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO HACE 26 AÑOS, CIRUGIA ACORTAMIENTO MIEMBRO INFERIOR DERECHO

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☐ Mesomórfico ☒

Talla **169** Peso **84** Imc **29.41** Interpretación **Sobrepeso**

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL:	Normal	☒	Cifótica	☐	Lordótica	☐	Aplanada	☐	Cifolordótica	☐
VISTA PA:	Alineada	☐	Escoliosis Dorsal	☒	Escoliosis Lumbar	☐	Doble escoliosis	☐		

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

Palpación(Dolor o espasmo)	**NO**
Marcha Punta	**NORMAL**
Marcha Latón	**NORMAL**
Flexión Lateral	**NORMAL**
Rotación	**Normal**

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos manos	**Normal**
Muñecas	**Normal**
Codos	**Normal**
Hombros	**Normal**
Caderas	**ACORTAMIENTO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO (1 CM) SECUELA DE ACCIDENTE HACE**
Rodillas	**Normal**
Tobillos	**Normal**
Dedos pies	**Normal**

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

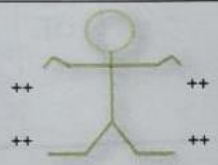
EXAMEN OSTEOMUSCULAR

BALANCE MUSCULAR

MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F	MÚSCULO	R	F
Pectoral Mayor		4	Para Espinales		4	Ext. de Caderas	L	4
Flexores de cadera		4	Isquitiabiales	L	4	Cuadriceps	L	4
Triceps Sural		4	Abdominales		4	Trapecios		4

(R) Retracción: L: Leve
M: Moderada S: Severa

(F) Fuerza: 0 - 1: Incapaz de realizar movimiento
2: Movimiento si ninguna oposición (Incluida Gravedad)
3: Puede vencer la acción de la gravedad
4 - 5: Movimiento contra resistencia

ACTIVIDADES EXTRALABORALES	PRUEBA		OBSERVACIONES
	LASSEGUE	☐	Normal
	TINEL	☐	Normal
	PHALEN	☐	Normal
	SCHOBER	☐	Normal
	CLASIFICACIÓN	☐	Normal
	WELLS	☐	Normal

DIAGNÓSTICO

Sano osteomuscular	**Normal**
Columna cervical	**Normal**
Columna Dorso-Lumbar	**LEVE DESVIACION DORSAL DERECHA . ASINTOMATICA**
Miembros superiores	**ACORTAMIENTO DE 1 CM DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO**
Miembros inferiores	**Normal**
Sistema osteomuscular	**Normal**
Neurológico general	**Normal**

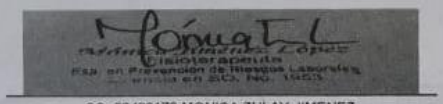
CALIFICACIÓN

	SI	NO		SI	NO
Susceptibilidad Individual	☐	☒	Sospecha de enfermedad de origen común	☐	☒
Susceptibilidad Laboral	☐	☒	Programa de vigilancia epidemológica	☐	☒
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☒			

CONDUCTA

	SI	NO		SI	NO
Seguimiento Cada			Reubicación	☐	☒
Calificación de origen	☐	☒	Calificación de Invalidez	☐	☒
Valor por ortopedia IPS	☐	☒	Procedimiento Quirúrgico	☐	☒

SE REALIZA EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. SE RECOMIENDA LA ACTIVIDAD FISICA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y TENER ADECUADOS HABITOS POSTURALES



CC: 52423176 MONICA ZULAY JIMENEZ
LOPEZPARTICULAR
Especialidad: FISIOTERAPEUTA
OCUPACIONALPARTICULAR
RM: LIC1953

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

AUDIOMETRÍA

Tipo certificación: Control ○ Ingreso ⊗ Retiro ○ Post incapacidad ○
Reubicación ○ Trabajo en alturas ⊗ Caso ocupacional ○ Ingreso al SVE ○

Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ** Doc. Identidad **79653470**

Teléfono F. de nacimiento **25/01/1973** Edad **46 años** Ocupación **469**

Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **INSTRUCTOR**

Antigüedad **10 AÑOS** Fecha **05/12/2019** Reposo Auditivo **NA** Tiempo **NA**

Fondo de Pensiòn EPS ARL

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual
○ SI Tiempo
⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores
Empresa: NA
Cargo Años EPP
○ SI 469
⊗ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

○ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ⊗ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia
○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ⊗ Otros: TRAUMA CRANEOENCEFALICO HACE 18 AÑOS

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ○ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares
○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes
○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA
○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno ○ Congénito
○ Adquirido
Parentesco:

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD CAE NORMAL
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

⊗ Apto ○ No apto ○ Aplazado

Observaciones: DESCENSO MODERADAMENTE SEVERO OIDO IZQUIERDO 4.000-8.000 SEVERO 6.000 OIDOD ERECHO SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRS 500 A 8000HZSE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SILICONA-COPA)EN CASO DE RUIDO, CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO. SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.SE REALIZA AUDIOMETRIA VIA AEREA EN CABINA

Lizette Johanna Castro
Fonoaudióloga
Esp. S.O. Universidad ECCI
Licencia S.O. 15432

LIZETTE JOHANNA CASTRO PATIÑO
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

SI Tiempo
NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: NA

	Cargo	Años	EPP
SI	469		
NO			

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

Ninguno Otitis Acúfeno Vértigo Trauma Perforación Timpánica Otalgia Otorrea Hipoacusia
Prurito Cirugía Detonación - Explosión Ototóxicos Otros: TRAUMA CRANEOENCEFALICO HACE 18 AÑOS

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

Ninguno Polígono Servicio Militar Buceo Moto Instrumento Musical Discoteca y/o bares
Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

Ninguno Afección Renal Parotiditis TBC Diabetes
Hipotiroidismo Meningitis Paludismo Reumatismo HTA
Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Ninguno Congénito
Adquirido
Parentesco:

OTOSCOPIA

Normal Anormal

OD	CAE	NORMAL	OI	CAE	NORMAL
	MT	NORMAL		MT	NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

Apto No apto Aplazado

Observaciones: SONOAMORTIGUADA (TECHNIK KOLORS)AUDIOMETRO (MAICO MA 41 CALIBRADO EL DIA 14/12/2018)

Lizette Johanna Castro
Fonoaudióloga
Esp. S.O. Universidad ECCI
Licencia S.O. 16242

LIZETTE JOHANNA CASTRO PATIÑO
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 1013613676 RM:

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

AUDIOMETRÍA

Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ** Doc. Identidad **79653470**

Teléfono Edad **46** Cargo **INSTRUCTOR** Antigüedad **10 AÑOS**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **05/12/2019**

Motivo de consulta

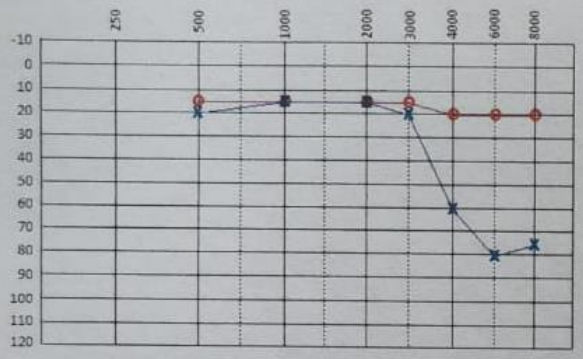
EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS

Otoscopia

NORMAL

Anamnesis

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A RUIDO LABORAL CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL



Modalidad	OD	Inespecifico	OI
V.A	O		X
V.O	<	^	>
VAMASK	▲		■
VOMASK	[		]
Campo Libre	ø	S	✕
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SF1	A_1	A_1	A_1
V.A SIN RTA	♀		X+O
V.A SIN RTA MASK	♦		V+J
V.O SIN RTA	∓		
V.O SIN RTA MASK	↧		⇵

WEBER Audiométrico

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	
OD						OI

PROMEDIO TONOS PUROS OD ( ) OI ( )

TONOS AGUDOS OD ( ) OI ( )

NBN ( ) WN ( ) SN ( )

Diagnóstico Hipoacusia: GRADO II

SAL:

ELI: OD OI

LARSEN MODIFICADO: OD Normal OI Grado II

Nivel efectivo enmascaramiento

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI			20		15		15	20	60	80	75
OD			15		15		15	15	20	20	20
VO OI											
OD											

Valores de referencia

Normal	0 a 15 dB HL
Pérdida auditiva minima	16 a 25 dB HL
Leve	26 a 40 dB HL
Moderada	41 a 55 dB HL
Moderada a Severa	56 a 70 dB HL
Severa	71 a 90 dB HL
Profunda	>91 dB HL

Interpretación

DESCENSO MODERADAMENTE SEVERO OIDO IZQUIERDO 4.000-8.000 SEVERO 6.000 OIDOD ERECHO SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRS 500 A 8000HZ

Diagnóstico audiológico

DESCENSO MDOERADAMENTE SVER A SEVERO FERCUENCIAS AGUDAS

Observaciones

DESCENSO MODERADAMENTE SEVERO OIDO IZQUIERDO 4.000-8.000 SEVERO 6.000 OIDOD ERECHO SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRS 500 A 8000HZSE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SILICONA-COPA)EN CASO DE RUIDO, CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.

SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.

Lizette Castro P

Lizette Johanna Castro
Fonoaudióloga
Esp. S.O. Universidad ECCI
Licencia S.O. 15242

LIZETTE JOHANNA CASTRO PATIÑO
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 1013613676 RM:

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 05/12/2019

ID	79653470		
Apellido	Segura Ruiz	Edad	46
Nombre	Javier	Género	Masculino
Fecha de nacimi	25/01/1973	Altura, cm	169
Grupo étnico	Caucásico	Peso:, kg	84
Fumador	Ex fumador	Paquetes/Añ	0
Grupo de pacien			

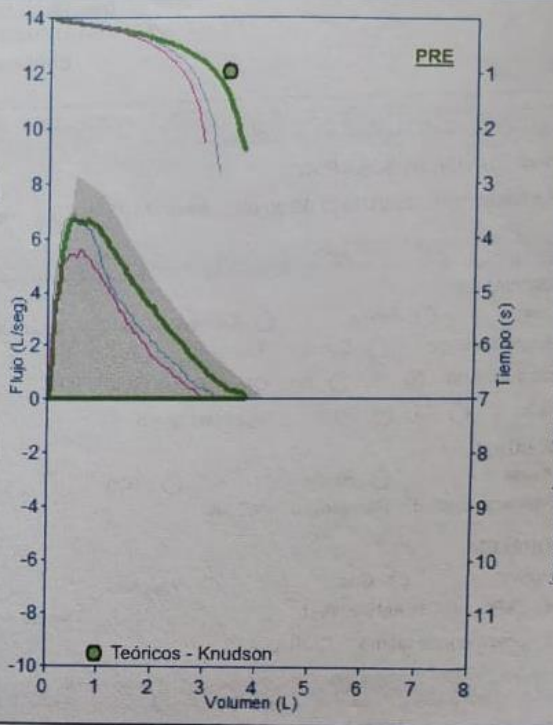
Interpretación

Espirometría normal

Informe médico

ESPIROMETRIA PARAMETROS NORMALES. SE RECOMIENDA LA ACTIVIDAD FISICA, USO DE EPP RESPIRATORIO Y CONTROL ANUAL

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



impreso por winspiroPRO 1.0 4.2.0 - 05/12/2019 8:19:03 - Mod.C 11

Datos PRE prueba 05/12/2019 8:17:50

Parámetros	BTPS 1,101 23°C - 73,4°F	Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Teór.	%Camb.	PRE#1	PRE#2	PRE#3
Mejores valores de todas las curvas										
FVC	L	4,11	3,73	91				3,73	3,22	2,92
FEV1	L	3,38	3,13	93				3,13	2,72	2,52
FEV1/FVC	%	82,7	83,9	101				83,9	84,5	86,3
PEF	L/s	8,28	6,92	84				6,74	6,92	5,60
Valores de la mejor curva										
FEF2575	L/s	3,60	3,45	96				3,45	2,97	2,78
FEF25	L/s	7,64	6,32	83				6,32	6,19	5,28
FEF50	L/s	4,34	3,62	84				3,62	2,91	2,92
FEF75	L/s	1,70	1,49	88				1,49	1,30	1,19
FEV3	L	3,97	3,73	94				3,73	3,22	2,92
FET	s	6,00	2,57	43				2,57	2,84	2,31
FIVC	L	4,11								
FIV1	L	3,38								
FIV1/FIVC	%	82,7	0,0	0				0,0	0,0	0,0
PIF	L/s	8,28								
ELA	años	46	55					55	69	75
VC	L									
IVC	L									
FEV1/VC	%									
ERV	L									
IC	L									
EVol	mL		60							

Informa de calidad: C

PEF reproducible

Firma

Instrumento usado

Spirobank G-USB S/N 803098

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

ESPIROMETRÍA

Fecha examen: **05/12/2019**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ** Edad **46 años**

Fecha Nacimiento **25/01/1973 00:00:00** Sexo M ⊗ F ○ Ocupación: 469 Teléfono:

ANTECEDENTES

PERSONALES

○ Asma ○ Rinitis ○ Disnea ○ Bronquitis ○ TBC ○ TOS ○ EPOC
○ Expectoración ○ Otros NIEGA
Practica deporte ⊗ Si ○ No Otros CAMINATA Frecuencia SEMANAL
Fumador ○ Si ⊗ No Cigarrillos al día Tiempo que dejó de fumar 10 AÑOS

FAMILIARES

○ Asma ○ Rinitis ○ TOS ○ Bronquitis ○ TBC ○ EPOC
○ Cancer pulmonar Parentesco NIEGA

LABORALES

○ Polvo ○ Gas ○ Vapores ○ Solvente ○ Neblina ○ Tóxicos
Otros EXPOSICION AMBIENTAL Tiempo de exposición 10 AÑOS
Últ. Empresa donde laboró CARULLA Cargo INSTRUCTOR (A) ○ EPP

INTERPRETACIÓN

⊗ Normal ○ Restrictiva ○ Mixta ○ Obstructiva ○ Control

OBSERVACIONES

Otros
○ Dejar de fumar ○ Remitir a EPS
⊗ Bajar de peso ○ Ingreso al PVF
⊗ Realizar actividad física ⊗ Espirometria actual
⊗ Uso de protección respiratoria ○ CAP. en conservación respiratoria

VALORES OBTENIDOS

CVF	3,73	VEMS	3,13	VEMS/CVF	84%	PEF	6,92	FEF75	1,49
FEF50	3,62	FEF25	6,32	FEFMAX		ELA	55	FEV3	3,73

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z018	OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

CONCEPTO ESPIROMETRÍA

⊗ Apto ○ No apto

OBSERVACIONES

NORMAL

Mónica Zulay Jiménez López
Fisioterapeuta
Esp. en Prevención de Riesgos Laborales
Licencia en SST No. 1953

MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
Especialidad: FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL
CC: 52423176 RM: LIC1953

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 05/12/2019 08:59:12

Dircc: Cll 27 SUR No 19 - 19 Tel : 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

Fecha 05/12/2019 07:04:00

Doc: **79653470** Nombre : **JAVIER SEGURA RUIZ** Edad : **46 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia
COLESTEROL TOTAL		
Colesterol TOTAL	248	Hasta 200 mg/dL
		ANGIE PAOLA MIRANDA BELLO Especialidad: BACTERIOLOGO CC: 1143384773 RM:
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
Glicemia basal	107	70 110 mg/dL
		ANGIE PAOLA MIRANDA BELLO Especialidad: BACTERIOLOGO CC: 1143384773 RM:
TRIGLICÉRIDOS		
Triglicéridos	194	Hasta 170 mg
		ANGIE PAOLA MIRANDA BELLO Especialidad: BACTERIOLOGO CC: 1143384773 RM:

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

CALLE 27 SUR # 19 - 19 Teléfono: 4087000, 4072406

EXAMEN CON ENFASIS CARDIOVASCULAR

Identificación **CC 79653470** Nombre **JAVIER SEGURA RUIZ** Edad 46 Años

Entidad **PARTICULAR - ALTURAS 40 2018** Fecha **05/12/2019 08:29:00**

NOMBRE: JAVIER SEGURA RUIZ
TIPO Y NUMERO DE COCUMENTO: CC 79653470
EDAD: 46 AÑOS
SEXO: MASCULINO
CARGO: INSTRUCTOR
EMPRESA: PARTICULAR

TEST DE FRAMINGAN: 1.5 %
RIESGO: BAJO

RECOMENDACIONES:
ESTA EN CATEGORIA RIESGO BAJO, LO CUAL NO SIGNIFICA AUSENCA DE RIESGO. DEBE MANTENER HABITOS SALUDABLES DE ALIMENTACION, ADEMAS REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA DE TIPO CARDIOVASCULAR, PARA EVITAR QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS USTED PUEDA SUFRIR DE UN INFARTO O UNA TROMBOSIS.

JAVIER SEGURA RUIZ
C.C 79653470

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER SEGURA RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79653470 realizó el día 22/02/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JAVIER SEGURA RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79653470 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

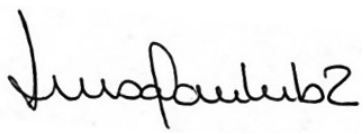
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JAVIER SEGURA RUIZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.653.470, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 05/02/2021 y fecha fin de contrato 15/12/2021 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): 202101012455870.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Bogotá D.C; 8 de Febrero de 2021

Señores

A quien Interese

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente JAVIER SEGURA RUIZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79653470, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 22 de Octubre de 2007 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto	Fecha De Apertura
Cuenta De Ahorro	011418244	Activo	24/10/2007

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

Cordialmente



Contact Center

Bogotá 581 8181 Armenia 745 1700 Barrancabermeja 611 7786 Barranquilla 385 1818 Bucaramanga 697 1818 Cali 486 1818 Cartagena 693 1818 Cúcuta 571 3190 Ibagué 263 0789 Manizales 887 9818 Medellín 604 1818 Montería 782 3823 Pasto 723 5120 Pereira 340 1818 Popayán 823 0333 Tunja 740 2126 Villavicencio 662 6460 Otras ciudades 01 8000 512 633 www.itau.co José Federico Ustáriz González – Defensor del Consumidor Financiero, Pablo Valencia Agudo – Suplente. Carrera 11 A No. 96 – 51 Oficina 203, Bogotá D.C., teléfono 6108161/4. Horario: lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm en jornada continua, defensoriaitau@ustarizabogados.com. Funciones: dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita. Ser vocero de los consumidores financieros ante la Institución, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a las Juntas Directivas o Consejos de Administración de las entidades recomendaciones, propuestas y peticiones.

Itaú CorpBanca Colombia S.A

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	12-46-101045933	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
17	02	2021	17	02	2021	00:00	28	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SEGURA RUIZ JAVIER		79653470	
Dirección: CL 36B SUR 11-25	**Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	**Teléfono:**	3114505695

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.		899999034-1	
Dirección: CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	**Ciudad:** BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	**Teléfono:**	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.2269231 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	17/02/2021	28/04/2022	$ 3,828,051.50

OBSERVACIONES:

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

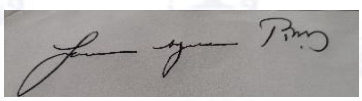
Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,828,051.50	17/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACI ÓN:	Nombre Compañía:	% Participaci ón:	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. 12-46-101045933, 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 17 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°:** 12461010459330

FECHA	
17/02/2021	

RECIBIMOS DE: SEGURA RUIZ JAVIER C.C. 79653470

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045933

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045933 - 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°:** 12461010459330

FECHA	
17/02/2021	

RECIBIMOS DE: SEGURA RUIZ JAVIER C.C. 79653470

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045933

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045933 - 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.12-46-101045933

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.

¡Hola, Jacqueline Cuartas

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 897344674
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Descripción: Pago de Seguros del Estado Generales
Valor de la Transacción: $ 33.320
Fecha de Transacción: 18/02/2021

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ☐ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ☐ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ☐ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 29 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1141129457**	**Laura Alejandra Segura Cuartas**	**HIJO**

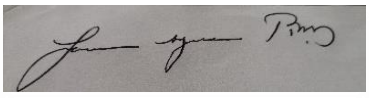
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Javier Segura Ruiz

C.C. 79.653.470


28-SEP-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
28-SEP-2031
O+
F
28-DIC-2029 BOGOTA D.C.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.141.129.457
SEGURA CUARTAS
APELLIDOS
LAURA ALEJANDRA
NOMBRES
Laura Segura
FIRMA
9:51 p.

Bogotá, febrero 28 de 2021

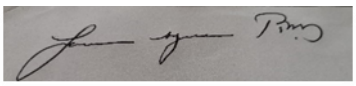
Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

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 SI quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que NO obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($49'849.000)
e. Por el año gravable 2019, SI 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 ____28_____ días del _Febrero_____ de 2021.



FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: Javier Segura Ruiz

C.C. No. 79.653.470