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 CALDAS
CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA-CALDAS
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	**17**
Código Centro	**911210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**11722-047735**
No. de documento	**21184**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO	**C.C.**	13.702.087	**IP/Nº de contacto**	62105
Correo electrónico contratista:	rafadiamond12@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		232139444	
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:	2239100/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**2321**	
Valor Total del Contrato	$ 40.040.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.040.000	**1**	**Del**	**10/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.730.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.310.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONALES, CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, AREA DE EMPRENDIMIENTO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.730.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.730.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.609.275**	**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	----------	**4376980896**	Valor Base retención en la fuente	1.609.275,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.092.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.418.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 136.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 174.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 11.500	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	8.949,00	0,370%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 273.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 536.425		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.721.051,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTIUNO MIL CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL ID: 2065245. I.E: La Milagrosa. Pacora. Promover la interacción idónea consigo mismo, R.A: Asumir
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL ID: 2058982. I.E: La Trinidad. Manizales. Promover la interacción idónea consigo mismo, R.A: Asumir
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL ID: por definir. I.E: Carbonel Palestina.. Promover la interacción idónea consigo mismo, R.A: Concertar
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL ID: por definir. I.E: Carbonel Palestina.. Promover la interacción idónea consigo mismo, R.A: Concertar
15 de Febrero Realizar Tareas de Desarrollo curricular, código proyecto: proyecto: 1338192, Técnico Manejo Ambiental.
17 de Febrero Realizar Tareas de Desarrollo curricular, código proyecto: 1125259, Técnico en Cutivos Agricolas
18 de Febrero Realizar Tareas de Desarrollo curricular, código proyecto: proyecto: 1338192, Técnico Manejo Ambiental.
22 de Febrero Realizar Tareas de Desarrollo curricular, código proyecto: 1125259, Técnico en Cutivos Agricolas

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.

RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO
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,

JOHN JAIRO DAVILA RINCON
COORDINADOR ACADÉMICO

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

CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9001765650 DV: 736362

Cajero: LEALMACA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/02/2021 14:34:36

PS Recaudador:
907738 EFECTY MALLPLAZA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 13702087

Nombre: RAFAEL ANTONIO
Apellido 1: MOSCOSA
Apellido 2: BRAVO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 000000000
Codigo Planilla: 4376980896
Periodo Pago: 2021/01
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
13702087	$259.000,00

Valor recibido: $259.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de ni parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente ni autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13702087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAFAEL ANTONIO ..MOSCOSO BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CR 13 # 47C-04 APTO 302 A C.PIAMONTE	TELÉFONO:	8819429
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4376980896**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994001204

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14678507443

(415)7707212489984(8020) 000001467850744 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 3 7 0 2 0 8 7	0	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Charalá 1 6 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSCOSO	BRAVO	RAFAEL	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CR 13 47 C 04 CONJ PIAMONTE PORTERIA ALTA AP 302 A

42. Correo electrónico: rafadiamond12@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2020 - 01 - 20

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 MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 28 EN/2021 **TELÉFONO:** 3108446 5325.

NOMBRE COMPLETO Rafael Antonio Mosco so.	**EDAD** 46 A Grad J	**CÉDULA** 13.702.087.
EMPRESA O CONTRATANTE SENA M/J **TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro**	**CARGO**	instructor. ingreso.

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: X Con limitaciones para el cargo: _____ Aplazado: _____

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI X **NO** _____

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural.
Examen psicosocial psicologico cortigo pulmonar
osteomuscular visio audiom neurolog

EL CONCEPTO DE APTTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique) SATISFACTORIO

Examen Médico	X	Neuroconducción	Y	Lanoratorios: Cuales	Y
Tamizaje de Audiometría	X	Evaluación Osteomuscular	X		
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica			
Tamizaje de Visiometría	X	Evaluación Trabajo en alturas			
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos		Otros; Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular	X		
Electro encefalograma					

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si____ No Y Enf. Profesional: Si____ No X Enf Común agravada por el trabajo: Si____ No X

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO X

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: _____

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a)a realizar en mi examen y /o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la respetiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son verídicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y /o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre este documento para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

X

FIRMA DEL EMPLEADO

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

TAMIZAJE

VISIOMETRIA BILATERAL

PRUEBA Y EVALUACION DE PERCEPCION VISUAL

FECHA: 28/ENE/2021 HORA: 4.6A. ENTIDAD SENA.
NOMBRE COMPLETO: Rafael antonio MOSCOSO. BRAVO.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13.702.087 EDAD: 46A..
DIRECCION: K.13 47C. 04. TELEFONO: 310..844 5329 ..
Coribe ..

ANTECEDENTES PATOLOGICOS OCULARES: No Refiere

OJO DERECHO: VISIÓN CERCANA: 20/20
VISIÓN LEJANA: 20/20

OJO IZQUIERDO: VISIÓN CERCANA: 20/20
VISIÓN LEJANA : 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Normal

DEBE SER EVALUADO POR:

Oftalmología: _____ Optometría: _____

OBSERVACIONES: _____

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8440

Nota: Este examen no reemplaza el examen de optometría realizado por el optómetra.

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

M. Marcela Alvarán Cardona

Fonoaudiologa - Especialista en Audiología

Espescialista Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

EVALUACION DE VOZ

IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO
EDAD 46 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO 10-05-1974
CC 13702087
FECHA EVALUACION ENERO 28 - 2021

1. EVALUACION SUBJETIVA DE LA VOZ

1.1 Como calificaría usted su Voz: Excelente___Buena___Regular_X____Mala_____
1.2 Antes presento alguna dificultad a nivel de cuerda vocal: ¿SI_____ NO_X_Cual?
1.3 Fuma SI NO x
1.4 Ha Experimentado alguna disfonía durante o después de hablar? NO

SINTOMAS	SI	NO
Voz Cansada		X
Dolor o Malestar en el Cuello		X
Sensación de Hormigueo o ardor en la garganta		X
Carraspeo		X
Tos		X
Interrupción en la Voz		X
Se queda sin aire en la mitad de las palabras		X
Ronquera		X
Al hablar presenta cambios bruscos en el tono de la voz		X

EVALUACION VOZ

1. RESPIRACION

MODO

INSPIRACION: NASAL__X__BUCAL_____MIXTO_____
ESPIRACION: NASAL_____BUCAL_X__MIXTO _

TIPO	FONACION	REPOSO
Clavicular de ascenso.....		
Costal Superior.....	X	X
Costal Diafragmático.....		
Costal abdominal.....		

2. RENDIMIENTO

2.1 Tiempo de Inspiración: 3"
2.2 Tiempo de Expiración 4"
2.3 Conteo 45
2.4 Vocales 16Veces
2.5 Días Semana 5 semanas

AUDIFONOS
100% Digitales

Edificio Yulivan Cra. 22 No. 26 - 03 Piso 1
Teléfonos: 873 1343 - 882 9986
Celulares: 310 821 1950 - 310 523 1214 - Manizales

3 FUNCIONES LARINGEAS NO VOCALES

	NORMAL	INSONORA	DEBIL
TOS	x		
RISA	x		
CARRASPEO	x		

4. COORDINACION FONORESPIRATORIA

	NORMAL	ALTERADA
CONVERSACION	x	
LECTURA	x	

5. EFECTO GLAZTER

VOCAL	NASALIZA	NO NASALIZA
A		X
E		X
I		x
0		X
U		x

6. ESCALA GRABS

		0 NORMAL	1 LEVE	2 MODERADO	3 SEVERO
G	Grado de afectación general y global voz	X			
R	Ronquera, indica ronquera o rasposidad de la voz	x			
A	Astenia indica el grado de fatiga o cansancio de la voz	x			
B	Aérea indica el escape de aire o voz soplada	x			
S	Tensión indica grado de tensión	x			

DIAGNOSTICO DE FONOAUDIOLOGIA

Voz Normal - No se observa Disfonía

RECOMENDACIONES PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

-No carraspee
-No Grite
- Evite los cambios bruscos de temperatura
-Mantener líquido para consumir mientras este dictando clase
-No consumir los alimentos ni muy caliente ni muy frio
-No consumir alimentos muy condimentados
, No acostarse después de comer para evitar dificultades gástricas que producen disfonia

M. MARCELA VIVIAN CARDONA
FONOAUDIOLOGA R.P. 1137
TP 30312776
Fonoaudióloga
Universidad Católica

Fecha de impresión 28/01/2021 3.55 PM

FECHA DE EXAMEN 2021-01-28 15:41:47 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST			**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM		
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950		**SEDE**	CENTRO	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO						
IDENTIFICACION	CC	13702087	**EDAD**	46 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIETNO**	10/05/1974		
LUGAR DE NACIMIENTO		**DIRECCION**		**ESTRATO**	0		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**		
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	B +				
ARL	NO REFIERE						
EPS	SANITAS						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTOR
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	28-01-2021
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	6 Meses y 1 Año

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	SI
POLIGONO	SI
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

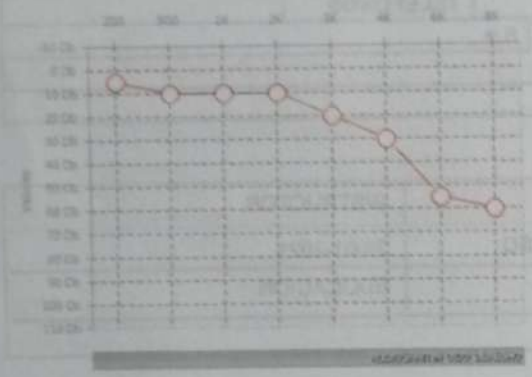
Fecha de impresión 28/01/2021 3.55 PM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

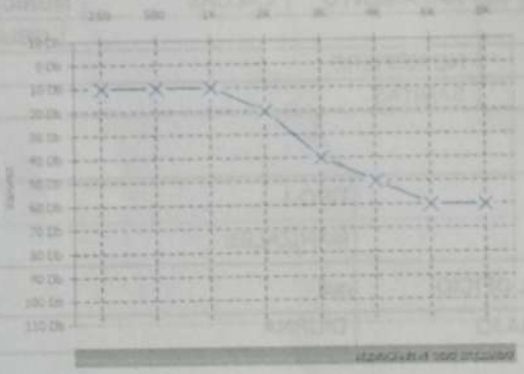
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL				
HIPOACUSIA			X	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL INDUCIDA POR RUIDO
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	BILATERAL
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	en sitio ruidoso
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		

Fecha de impresión 28/01/2021 3.55 PM

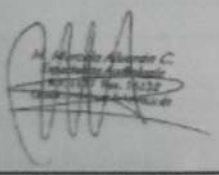
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

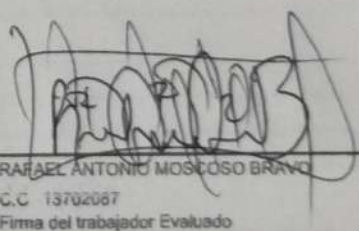
OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"Yo examinado certifica que no omitio dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312770 RM: 16122
Firma y sello del Médico Evaluador



RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO
C.C 13702087
Firma del trabajador Evaluado

Hace constar:

Que el Sr(a) RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13702087 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 RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 13702087 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

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

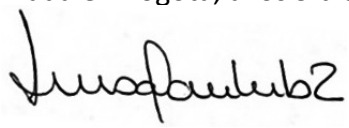
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO, con Cédula Ciudadanía No. 13702087 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 10/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202101012250575.

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

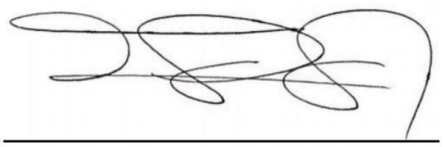
Que nuestro(a) cliente **RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía nÃºmero 13.702.087** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a travÃ©s de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 232139444** aperturada el **08 de octubre del 2008,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificaciÃ n se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **28** dÃ-as del mes de **enero** del aÃ±o **2021**.

Para trÃimites de nÃ mina, legales, internacionales y otros, tambiÃ©n puedes usar las siguientes opciones de nÃºmero de cuenta:

Cuenta de 10 dÃ-gitos: **0232139444**
Cuenta de 16 dÃ-gitos: **0232000200139444**
Cuenta de 20 dÃ-gitos: **00130232000200139444**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
MANIZALES	MANIZALES	42	42-46-101014087	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
09	02	2021	10	02	2021	00:00	17	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO		13702087	
Dirección: CR 13 47 C 04 CONJ PIAMONTE PORTERIA ALTA AP 302 A	**Ciudad:** MANIZALES - CALDAS	**Teléfono:**	3108445325

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		899999034-1	
Dirección: KM 10 VIA AL MAGDALENA	**Ciudad:** MANIZALES - CALDAS	**Teléfono:**	8748444

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.2239100 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, POR PERIODO FIJO, PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE FORMACION PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA EN EL AREA DE EMPRENDIMIENTO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2021	17/04/2022	$ 4,004,000.00

OBSERVACIONES:

*LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33	$ 4,004,000.00	09/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS	72984	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 CRA. 24 NO. 64-03 - Teléfono: 8813280 - MANIZALES

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

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. 42-46-101014087, 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 MANIZALES, a los 9 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°:** 42461010140870

FECHA	
09/02/2021	

RECIBIMOS DE: MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO C.C. 13702087

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL VEINTICINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014087

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014087 - 0 - 0	$18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,025.33
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,025.33
	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°:** 42461010140870

FECHA	
09/02/2021	

RECIBIMOS DE: MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO C.C. 13702087

LA SUMA DE: TREINTA Y DOS MIL VEINTICINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014087

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014087 - 0 - 0	$18,912.04	$ 8,000.00	$ 5,113.29	$ 32,025.33

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 32,025.33
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 32,025.33
	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.42-46-101014087

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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 22 de Febrero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	**1097120968**	**Rafael Anthony Moscoso Ayala**	**HIJO**

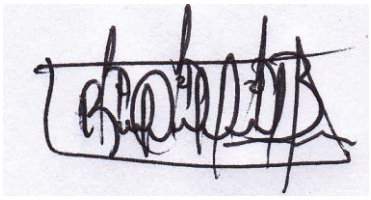
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

Rafael Antonio Moscoso Bravo

C.C. 13.702.087 de Charala SS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097120968

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53264465

5326446

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [7] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [0 5 8]

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSCOSO	AYALA **********

Nombre(s)

RAFAEL ANTHONY **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUL Día 26	Masculino	AB	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11952199-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AYALA GRISALES GLORIA ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.42.031.299 DE LA.VIRGINIA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 13.702.087 DE CHARALA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 13.702.087 DE CHARALA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2013 Mes JUL Día 29	BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ISS

REPÚBLICA DE COLOMBIA Notaría Séptima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

21 AGO 2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -