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 SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**940510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**72366-754195**
No. de documento	**59629**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ	**C.C.**	1.047.389.174	**IP/Nº de contacto**	1047389174
Correo electrónico contratista:	graciela-20244@hotmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		412032011140	
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:	2410894/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**61221**	
Valor Total del Contrato	$ 33.280.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.280.000	**1**	**Del**	**07/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.120.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.160.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMAT

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.120.000	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	**$ 3.120.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.073.225**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.248.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 156.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 199.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 691.075	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.073.225,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.764.300,00	
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	26.703,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.093.297,00**	

SON: TRES MILLONES NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion # 1:Se realizo el alistamiento para la ejecución de la formación del programa de gestión logística de las fichas asigna 2281706(36 hrs-50 apr.) 2282628 (36 hrs-50 apr) 2282648(36 hrs-50 apr.) 2282668 (36 hrs-50 apr.
Obligacion # 2: Cumplir con los lineamientos establecidos en la Guía Orientación Formación ambientes virtuales de aprendizaje -GFPI-G "Cumplir con la Ejecución de la Formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Aprendizaje según lo descrito en el instructivo para orientar el desempeño … del instructor en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA, entregado por la Dirección de Formación Profesional. "
Obligacion # 6 :Se evaluaron los aprendizajes previso de las fichas: 2281706(36 hrs-50 apr.) 2282628 (36 hrs-50 apr) 2282648(36 hrs-50 apr.) 2282668(36hrs-50 apr).

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.

GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ
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,

HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA
INSTRUCTOR

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Keralty

E.P.S. Sanitas

Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Graciela Martinez Jimenez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1047389174,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1047389174
NOMBRES Y APELLIDOS	Graciela Martinez Jimenez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/07/1987
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2001
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	300 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	5 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	13/04/2021
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1047389174 Trabajador Independiente Desde 08/04/2021 - Vigente

E.P.S. Sanitas

SERVICIOS MÉDICOS – PIE DE LA POPA

Generado por ejredondo 15/04/2021

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

Escaneado con CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.389.174**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

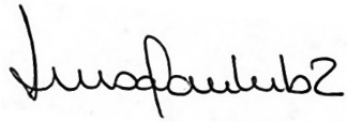
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1047389174 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 09/04/2021, para el contrato registrado con fecha desde 09/04/2021 y fecha hasta 22/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101014143393.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de abril de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



SERVICIO COOPERATIVO DE ASISTENCIA SOCIAL SALUS
NIT 806008232-2

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA DEL EXAMEN	DIA:	MES:	AÑO:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:				
	28	**11**	**2018**	**CARTAGENA**	**BOLIVAR**				
NOMBRE: **GRACIELA**					F	M	EPS: **SANITAS**	EDAD: **31 AÑOS**	
APELLIDOS: **MARTINEZ JIMENEZ**					**X**				
DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN: **1.047.389.174**					CIUDAD: **ACHI**				
DIRECCIÒN: **URBANIZACION MONSERRATE MZ. 4 LT.8**					DEPARTAMENTO: **BOLIVAR**			FECHA NACIMIENTO	
								Día	Mes	Año
Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Hijos	N.º	TIPO DE SANGRE: **B+**		**21**	**07**	**1987**
	X									

EMPRESA: **SENA**	EPS: **SANITAS**	ARL: **SIN DEFINIR**	PENSION: **PORVENIR**	HORARIO DIURNO **X**
CARGO**:**	Aspira:	Ejecuta: **X**	Desempeña:	HORARIO NOCTURNO

TIPO DE EXAMEN	Ingreso: **X**	Periódico:	Egreso:
LABOR REALIZADA	De pie: **X**	Sentada: **X**	Deambulando:

RIESGO ANTERIOR	Biológico:	Seguridad:	Físico: **X**	Ergonómico:	Químico:
EMPRESA SOLICITANTE **SENA**		OCUPACIÒN **INSTRUCTOR**		TIEMPO **10 AÑOS**	

Estudios diagnósticos Especiales		Laboratorios Clínico		Laboratorio Clínico		Laboratorio Clínico		Vacunación con Énfasis Ocupacional	
Visiometría	**X**	Hemoclasificaciòn		Frotis Garganta		Perfil Lipídico	**X**	Hepatitis B	
Audiometría	**X**	Cuadro Hemático		AST (GPT)		Colesterol Total		Influenza	
Espirometría	**X**	Glicemia	**X**	ALT (GOT)		Colesterol HDL		Antitetánico toxoide	
Optometría	**X**	Parcial de Orina		BUN		Colesterol LDL		Fiebre Amarilla	
Imagenología (Rx)		Coprológico		Creatinina		Triglicéridos		Neumococo 13	
Electrocardiograma		KOH Uñas		Colinesterasa		Cocaína			
Osteomuscular	**X**	PSA		VDRL		Marihuana			
				Serología II		Alcohol			

RESULTADOS DE ESTUDIOS CLÌNICOS	NORMAL	ANORMAL
LABORATORIO CLINICO	**X**	
PARACLINICOS**.**	**X**	

CONCEPTO / SEGUIMIENTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE EGRESO	
Apto Para el Cargo	**X**	Satisfactorio		Satisfactorio	
Apto con restricciones que no impiden su capacidad laboral		Presenta condiciones de enfermedad común que deben ser valoradas por la EPS.		Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS.	
Apto con restricciones que limitan su capacidad laboral		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo.		Presenta secuelas de accidente de trabajo	
No apto para el Cargo		Presenta secuelas de accidente de trabajo		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por ARL	
Aplazado		Presenta signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la ARL		Valoración por medicina laboral para evaluación y calificación.	
Apto Con recomendaciones		Apto Con recomendaciones			

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
LIC. No. 1576 U.d.C.

CENTRO MEDICO
SANTA MONICA I.P.S.
SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL MÈDICO LIC . Nº 1576

FIRMA DEL TRABAJADOR / USUARIO



SERVICIO COOPERATIVO DE ASISTENCIA SOCIAL SALUS
NIT 806008232-2

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NOMBRES Y APELLIDOS: GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ			**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.047.389.174**	**FECHA:**	**28- 11- 2018**
Datos diligenciados por el Médico Especialista	**SI**	**NO**	Datos diligenciados por el Médico Especialista	**SI**	**NO**
Satisfactorio sin alteración en la consulta	**X**		Requiere nueva valoración por medicina ocupacional		
Presenta limitaciones de origen común que deben ser valorados por EPS.			Debe ser reubicado		
Apto con restricción, puede laborar si recibe tratamiento o protección			Requiere manejo por Rehabilitación		
Aplazado			No Apto, parece de enfermedad limitación que interfiere en su capacidad		

HALLAZGOS CLINICOS:

Consciente, orientado, tranquilo, signos vitales normales, cuello móvil, pupilas isocoricas normoreactivas, mucosas hidratadas.
Estado neuromuscular y articular de las extremidades superiores e inferiores normales,
Síntomas cardiovasculares y pulmonares rítmicos sin soplos, normales.
A nivel neurológica coordinación, de la marcha y de los movimientos normales.
Examen físico presenta: adulto sin alteración al examen médico ocupacional
Audiometría presenta: audición normal bilateral
Optometría presenta: emétrope
Laboratorio Clínico: perfil lipídico y glicemia: normales.
Relación con el medio ambiente y estado de ánimo normal.

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

CUIDADOS BÀSICOS		MANEJO EPS/ARL		RECOMENDACIONES		SVE (Incluir en Sistema de vigilancia Epidemiológica)	
Dieta	**X**	Control periódico en la EPS por promoción y prevención		Control periódico ocupacional		Visual	
Ejercicio regular /Actividad Física	**X**	Se prescribe tratamiento		Higiene postural.	**X**	Auditivo	
Alimentación Nutricional		Remisión a EPS para manejo		Utilización de Elementos de Protección Personal (EPP), Capacitación.	**X**	Respiratorio	
Valoración Médica Ocupacional Periódica		Seguir con manejo médico		Utilización de ayudas ergonómicas	**X**	Ergonómico	
Dieta, ejercicio y medicamentos.		Remisión a ARL para revisión y manejo		Control de presión arterial		Cardiovascular	
Control de peso		Reasignar Tareas		Reducir consumo alcohol		Usar lentes para lectura	
Seguir Las Normas De Higienes Y Seguridad Industrial	**X**	Estilo de vida Saludable	**X**	Dejar de Fumar		Psicológico/ Psiquiatría	

OBSERVACIONES: Orientación médica sobre la importancia del cuidado de la salud para evitar posibles riesgos ocupacionales asociadas a su cargo
RECOMENDACIONES: Cumplir a partir de la fecha con las indicaciones médicas y de Salud Ocupacional.

CERTIFICACIÔN MÈDICA: QUE EL TRABAJADOR ES APTO PARA EL CARGO

SI: X **NO:** ( )

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y la reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
LICENCIA: 1576

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

CENTRO MEDICO SANTA MONICA I.P.S. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR / USUARIO



SERVICIO COOPERATIVO DE ASISTENCIA SOCIAL SALUS
NIT 806008232-2

AUDIOMETRIA

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN	FECHA EXAMEN
GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ	**21/07/1987**	**31**	**F**	**1.047.389.174**	**28-11-2018**

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	DIRECCIÒN	CELULAR/ TELEFONO
ACHI	**BOLIVAR**	**URBANIZACION MONSERRATE MZ. 4 LT.8**	**3126384619**

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	UNIÒN LIBRE	CARGO	TIEMPO DE SERVICO EN LA EMPRESA	ESPECIALIDAD
	X			**INSTRUCTOR**		

ANTECEDENTES LABORALES:	OIDO AFECTADO: **NO**	FECHA: -----	EMPRESA: -----
NO			

ANTECEDENTES PERSONALES

CIRUGÌA:	OTALGIA: NO	OTORREA: NO	PRURITO: NO	VERTIGO: NO
PRACTICA DE TIRO/TIEMPO: NO	MÙSICA ALTO VOLUMEN / TIEMPO: NO	USO MOTOCICLETA/ TIEMPO: NO	USO AUDÌFONOS/TIEMPO: NO	
CONSUMO MEDICAMENTOS OTOTOXICOS / TIEMPO: NO	CONSUMO DE CIGARRILLOS / TIEMPO	SERVICIO MILITAR / TIEMPO: NO		

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
NORMAL	**X**	NORMAL	**X**
ANORMAL		ANORMAL	

PROMEDIO DE LAS PRUEBAS

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
FRECUENCIA Hz	d B	FRECUENCIA Hz	d B
125	30	125	30
250	30	250	30
500	30	500	30
750	25	750	25
1000	25	1000	25
1500	20	1500	20
2000	20	2000	15
3000	20	3000	20
4000	20	4000	20
6000	20	6000	15
8000	20	8000	20

DIAGNOSTICO AUDIOMETRIA OIDO IDERECHO OIDO IZQUIERDO					
RESULTADOS	**OD**	**OI**	**RESULTADOS**	**OD**	**OI**
NORMAL	**X**	**X**	**HIPOACUSIA MODERADAMENTE SEVERA**		
HIPOACUSIA LEVE			HIPOACASIA SEVERA		
HIPOACUSIA MODERADA			HIPOACUSIA PROFUNDA		

RECOMENDACIONES
HIGIENE AUDITIVA

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
Lic. COS: 1576

FIRMA: PROFESIONAL

CENTRO MEDICO SANTA MONICA I.P.S. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA: TRABAJADOR /USUARIO



SERVICIO COOPERATIVO DE ASISTENCIA SOCIAL SALUS
NIT 806008232-2

VISIOMETRIA- OPTOMETRIA

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN	FECHA EXAMEN
GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ	**21/07/1987**	**31**	**F**	**1.047.389.174**	**28-11-2018**

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	DIRECCIÒN	CELULAR/ TELEFONO
ACHI	**BOLIVAR**	**URBANIZACION MONSERRATE MZ. 4 LT.8**	**3126384619**

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	CASADO/A	UNIÒN LIBRE	CARGO	TIEMPO DE SERVICO EN LA EMPRESA	ESPECIALIDAD
	X			**INSTRUCTOR**		

ANTECEDENTES LABORALES:	OJO AFECTADO EN LA EMPRESA:	FECHA:	EMPRESA:
NO	NO	----	----

ANTECEDENTES PERSONALES

CUERPO EXTRAÑO EN OJO: NO	TRAUMAS OCULARES: NO	PTERIGION: NO	DIABETES: NO	HIPERCOLESTEROLEMÌA: NO	GLAUCOMA: NO

HIPERMETROPÌA:	ASTIGMATISMO: NO	MIOPÌA: NO	HIPERTENSION ARTERIAL: NO	CATARATAS: NO

CIRUGÌAS: NO	CIRUGÌAS OCULARES: NO	MIGRAÑA: NO	OTROS: PRESBICIA

ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSIÒN ARTERIAL: **NO**	DIABETES:**NO**	GLAUCOMA: **NO**	CATARATA: **NO**	MIOPIA: **NO**	ASTIGMATISMO: **NO**	HIPERMETROPÌA: **NO**

CORRECCION

USA LENTES: **NO**	LEJOS: **NO**	CERCA: **NO**	DE CONTACTO: **NO**	BIFOCALES: **NO**

EVALUACION

AGUDEZA VISUAL	**CERCA**	**LEJOS**
OJO DERECHO	**20/20**	**20/20**
OJO IZQUIERDO	**20/20**	**20/20**
AMBOS OJOS	**20/20**	**20/20**

MORFOLOGIA OCULAR	**DERECHA**	**IZQUIERDA**
CONJUNTIVAS	NORMAL	NORMAL
PARPADOS	NORMAL	NORMAL
REFLEJOS OCULARES	NORMAL	NORMAL

CAMPO VISUAL NORMAL **(X)** ANORMAL / **COLORIMETRIA**: NORMAL **(X)** ANORMAL

DIAGNOSTICO OPTOMETRICO

1. **EMETROPE (X)**
2. **DEFECTO DE REFRACCIÒN VISUAL CORREGIDO**
3. **DEFECTO DE REFRACCIÒN VISUAL PARCIALMENTE CORREGIDA**
4. **DEFECTO DE REFRACCIÒN VISUAL LEJANA**
5. **DEFECTO DE REFRACCIÒN VISUAL LEJANA Y CERCANA**
6. **DEFECTO DE REFRACCIÒN VISAUL CERCANA**
7. **PRESBICIA**
8. **DISCROMATOPÌA**
9. **FORIA LATERAL**
10. **FORIA VERTICAL**
11. **AMBIOPIA**

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
C.C. No. 1578

RECOMENDACIONES:

CENTRO MEDICO SANTA MONICA I.P.S. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA PROFESIONAL FIRMA DEL TRABAJADOR



SERVICIO COOPERATIVO DE ASISTENCIA SOCIAL SALUS
NIT 806008232-2

REGISTRO FONOAUDIOLOGICO

FECHA:	DIA: **28**	MES: **11**	AÑO: **2018**	CIUDAD: **CARTAGENA**		DEPARTAMENTO: **BOLIVAR**	
NOMBRE: **GRACIELA**				F	M	EMPRESA: **SENA**	
APELLIDOS: **MARTINEZ JIMENEZ**				**X**		TIEMPO DE SERVICIO: **10 AÑOS**	
DOCUMENTO IDENTIFICACIÒN: **1.047.389.174**				CIUDAD NACIMIENTO: **ACHI** DEPARTAMENTO NACIMIENTO: **BOLIVAR**			
TELEFONO/CELULAR: **3126384619**				EDAD: **31 AÑOS** GRUPO SANGUINEO: **B+**		FECHA NACIMIENTO: Día: **21** Mes: **07** Año: **1987**	
DIRECCIÒN: **URBANIZACION MONSERRATE MZ. 4 LT.8**							
PESO: **64kgs**	TALLA: **1.61mts**	IMC: **24.69**	P/A: **110/70mmHg**				

ANTECEDENTES PERSONALES

1. SENSACIONES EXPERIMENTADAS EN EL ORGANO VOCAL DESPUES DE LA JORNADA LABORAL

SINTOMAS	NO	OCASIONAL	SIEMPRE
ENFERMEDADES RELEVANTES	X		
ACCIDENTES	X		
HOSPITALIZACIONES	X		
MEDICAMENTOS	X		
TRATAMIENTOS MEDICO	X		
TRATAMIENTO QUIRURGICO	X		
TRATAMIENTO FONAUDIOLOGICO	X		
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	X		
SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LA GARGANTA	X		
IRRITACIÓN EN LA LARINGE	X		
DOLOR O TIRANTEZ EN EL CUELLO	X		
OPRESIÓN RESPIRATORIA	X		
SENSACIÓN DE VÉRTIGO DURANTE UNA FONACIÓN PROLONGADA	X		
RONQUERA	X		
PERDIDA DE LA VOZ	X		
DOLOR AL HABLAR	X		
CARRASPERA	X		
SECRECIÓN EN EL FONDO DE LA GARGANTA	X		
VOZ CON QUIEBRE DE TONO	X		

2. ABUSOS Y MAL USO VOCAL: SÍNTOMAS VOCALES

SIGNOS	SI	NO	ALGUNAS VECES
SINTOMA PRINCIPAL		X	
TABACO: ALCOHOL:			X
APARICIÓN DEL PROBLEMA: BRUSCO PROGRESIVO INTERMITENTE		X	
VOZ MODERADA		X	
CAUSA ,? ¿CUAL?		X	
TRASTORNO ES MAYOR: MAÑANA TARDE NOCHE DESPUES DE TRABAJAR		X	
TRASTORNO SE ALIVIA CON REPOSO: DIURNO NOCTURNO FIN DE SEMANA VACACIONES		X	
SE EXPONE A AMBIENTES IRRITANTES QUE CONTIENEN POLVO, HUMO Y VAPORES TOXICOS		X	
ESTORNUDA CORRECTAMENTE DEJANDO QUE EL AIRE SALGA LIBREMENTE POR LA BOCA (ABIERTA)		X	
SE EXPONE A CAMBIOS DE TEMPERATURA		X	
HABLA EXCESIVAMENTE		X	
CONSUME EXCESIVAMENTE BEBIDAS CALIENTES (CAFE)		X	
CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		X	
ACLARA CONSTANTEMENTE LA VOZ		X	
HABLA CUANDO ESTA AGRIPADO	X		
SE MUEVE EN AMBIENTE RUIDOSO		X	
COMBINA BEBIDAS CALIENTES Y FRIAS		X	
CONSUME TABACO		X	

3. ANTECEDENTES MEDICOS

ANTECEDENTES	SI	NO	ALGUNAS VECES
DEPRESIÓN		X	
SINTOMAS ALERGIAS		X	
SINUSITIS		X	
ACIDES		X	

REFLUJO GASTRICO		X	
TRASTORNOS GINECOLOGICOS / HORMONALES		X	
REUMATOLOGICOS		X	
NUTRICIONALES	X		
ASMA		X	
TIROIDES		X	
DIABETES		X	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		X	

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	POLIPOS	NO	NODULOS	NO	ULCERAS	NO	LARINGITIS	NO	DISFONÍA	NO
	AMIGDALITIS	NO	LEUCOPLAQUIA	NO	RESEQUEDAD	NO	EDEMAS	NO	AFONIA	NO
	DOLOR	NO	ARDOR	NO	CAMBIO DE VOZ	NO	PARESTESIA	NO	SINTOMAS CUERPO EXTRAÑO	NO

5. PRUEBA RESPIRATORIA

MODO RESPIRACIÓN	NASAL: SI	BUCAL	MIXTO		
TIPO DE RESPIRACIÓN	COSTAL SUPERIOR	ABDOMINAL	DIAFRAGMATICO: SI		
RENDIMIENTO VOCAL (CONTEO)		No.			
VOCALIZACIONES	a. 8	e. 8	i. 8	o. 8	u. 7
COORDINACIÓN NEUMOFONICA	BUENA: SI	MALA			
RITMO:	LENTO	RAPIDO	CONSTANTE	SI	
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20	RESPIRACIONES POR MINUTO			
SIMETRIA	DESPLAZAMIENTO CUELLO: NO	DESPLAZAMIENTO CINTURA: NO			
TIEMPO DE ESPIRACIÓN	SOPLO ABIERTO: 07	SOPLO CERRADO: 07			
TIEMPO DE RETENCIÓN:	30	MINUTOS			
PRUEBA DE ROSENTHAL (20 RESPIRACIONES)	AMBAS NARINAS NORMAL	NARINA DERECHA NORMAL	NARINA IZQUIERDA NORMAL		
¿QUE OBSERVA?	LO REALIZÓ: **X**	FATIGA	ESFUERZO	RUIDO	
PRUEBA DE GLATZER	a. NAZ	e. NAZ	i. NAZ	o. NAZ	u. NAZ

NOMBRE Y APELLIDOS: **GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ**

N.º DOCUMENTO: **1.047.389.174**

FECHA: **28 - 01 - 2018**

6. PRUEBA LECTORA
Efectúe la siguiente lectura acorde a las indicaciones del profesional.

DIAGNOSTICO

RIESGO: NULO BAJO: X MEDIO: ALTO:

TALLER MANEJO ADECUADO DE LA VOZ: SI: X NO:

OBSERVACIONES

INGRESAR AL SVE: SI X NO

Pedro Mercado De Avila
Médico
Esp. Salud Ocupacional
Lic. SO: 1576

FIRMA DEL PROFESIONAL

CENTRO MEDICO SANTA MONICA I.P.S. SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14750406352

(415)7707212489984(8020) 000001475040635 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 7 3 8 9 1 7 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 7 3 8 9 1 7 4	2 0 0 5 0 7 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	JIMENEZ	GRACIELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 14 108 48 CA 209

42. Correo electrónico graciela-20244@hotmail.com

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

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
7 0 1 0	2 0 1 5 0 4 1 4	8 5 4 3	2 0 1 5 0 4 1 4			

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
4 9																									

53. Código 4 9
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 30 / 23 : 31: 59

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 MARTINEZ JIMENEZ GRACIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BOGOTA, D.C.	NORTE	15	15-46-101021146	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
07	04	2021	07	04	2021	00:00	30	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
MARTINEZ JIMENEZ GRACIELA		1047389174	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
URBANIZACION MONSERRATE M 4 LOTE 8 2 ETAPA	CARTAGENA - BOLIVAR	3126384619	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:		Identificación:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS		899999034-1	
Dirección:	**Ciudad:**	**Teléfono:**	
CARRERA 13 NO 65-10	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	5461600	

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.2410894 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL ÁREA TEMÁTICA DE FORMACIÓN VIRTUAL TITULADA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/04/2021	30/04/2022	$ 3,328,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 22,995.11	$ 8,000.00	$ 5,889.07	$ 36,884.18	$ 3,328,000.00	07/04/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 7 80-28 - Teléfono: 2121808 - BOGOTA, D.C.

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

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

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

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

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. 15-46-101021146, 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 7 días del mes de Abril 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°: 15461010211460

FECHA	
07/04/2021	

RECIBIMOS DE: MARTINEZ JIMENEZ GRACIELA C.C. 1047389174

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO CON DIECIOCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101021146

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101021146 - 0 - 0	$ 22,995.11	$ 8,000.00	$ 5,889.07	$ 36,884.18

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,884.18
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,884.18
	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°: 15461010211460

FECHA 07/04/2021

RECIBIMOS DE: MARTINEZ JIMENEZ GRACIELA C.C. 1047389174

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO CON DIECIOCHO CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 15-46-101021146

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
NORTE - CU. ESTATAL - 101021146 - 0 - 0	$ 22,995.11	$ 8,000.00	$ 5,889.07	$ 36,884.18

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,884.18
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MV ASESORES DE SEGUROS LTDA - 143784	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,884.18
	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.15-46-101021146

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.

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047389174 realizó el día 13/04/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047389174 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047389174 realizó el día 12/04/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047389174 realizó el día 12/04/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047389174 realizó el día 12/04/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

A QUIEN INTERESE

El Banco Agrario de Colombia certifica que:

MARTINEZ JIMENEZ GRACIELA identificado(a) con CC 1.047.389.174 se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con una Cuenta de ahorros, número 412032011140 desde 19/04/2011

Se expide esta certificación el día 27/03/2021

BANCO AGRARIO DE COLOMBIA

Bogotá, 30 de abril de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos si provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47'978.000)
e. Por el año gravable 2020, no desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2020 no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 30 días del mes de abril de 2021

Nombre: GRACIELA MARTINEZ JIMENEZ

C.C. 1.047,389.174.