

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954110
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Fecha Elaboración	Abril de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	12612-755702
No. de documento 79954				
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS		C.C.	37.899.021	IP/N° de contacto 73959
Correo electrónico contratista: mbaezp@sena.edu.co				
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?		☐ NO ☒ Es declarante de renta?	☐ SI ☒ Es Pensionado?	☐ NO ☒
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO ☒ Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?		☐ NO ☒		
Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta 24527978084
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				
N° del contrato:	2428801/2021	N° Compromiso SIIF	47521	
Valor Total del Contrato	\$ 24.400.000	N° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 24.400.000	Periodo objeto de pago	Del 15/04/2021 Al 30/04/2021	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 22.800.000	Comisiones	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualización en el área de Peluquería en los diferentes programas que atiende el centro agroturístico regional santander		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.600.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.600.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 885.750			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	885.750,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.341.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 9.500	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 160.000		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 295.250		VALOR A PAGAR	\$ 1.600.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>ENTRENAMIENTO HABILIDAD DE PELUQUERIA COMPETIDOR WORLD SKILLS CON UN TOTAL DE 40 HORAS FECHA 15 ABRIL A 30 ABRIL.</p> <p>FICHA 2316399 COMPLEMENTARIO BIOSEGURIDAD APLICADA A LA ESTETICA Y BELLEZA ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE. IMPLEMENTAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE BELLEZA O ESTETICA PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD TENIENDO EN CUENTA PROTOCOLOS ESTABLECIDOS FECHAS ABRIL 26 AL 30 TOTAL HORAS 12 HRS</p> <p>FICHA 2067695 TECNICO EN PELUQUERIA ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE CAMBIAR EL COLOR DE CABELLO DE FORMA PERMANENTE Y SEMIPERMANENTE SEGUN REQUERIMIENTOS DEL USUARIO, FICHA DIAGNOSTICA Y MANEJO DE TECNICA CAPILAR FECHAS 26 ABRIL AL 30 ABRIL TOTAL HORAS 30</p>				
<p>NUMERO DE PLANILLA MES DE MARZO: 8612015135-20172464</p> <p>TOTAL HORAS MES DE ABRIL: 82 HORAS</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>				
			MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>			<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>	
			MARIA LILIANA AGUAS SANCHEZ INSTRUCTOR G10	
<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p>TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</p>				

RAZON SOCIAL :	MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37899021
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-04-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-04-08
FECHA DE PAGO:	2021-03-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-03
PERIODO SALUD:	2021-03
NUMERO PLANILLA:	8612015135
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8660063013
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 113.600
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 908.526	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 145.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 259.000	\$ 259.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/05/2021
----------------------------------	------------

RAZON SOCIAL :	MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37899021
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-04-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-04-08
FECHA DE PAGO:	2021-04-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2021-03
PERIODO SALUD:	2021-03
NUMERO PLANILLA:	20172464
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	20172464
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200
Subtotal ARL		1	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/05/2021
----------------------------------	------------

Audiometria Tamiz

NIT: 900.836.417-0

Fecha: 22/Feb/2021, **Hora:** 09:07:39 a.m.

Apellido: BAEZ PORRAS

Tipo Doc: CC

Lugar:

Direccion: CRA 18 N. 18- 35

Telefono: **Celular:** 3168738670 **Email:** **Estado Civil:** Casado

Nombre: MARIA FERNANDA

Nro Identidad: 37899021

HC: # 28370

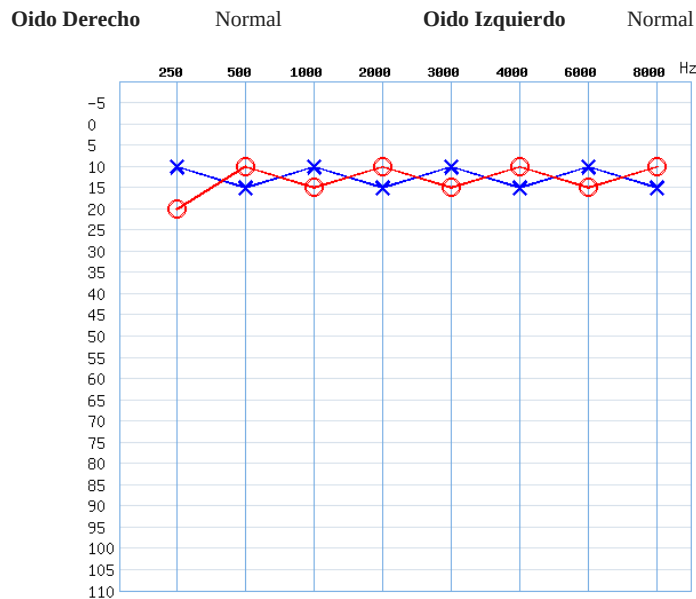
Edad: 40 años

Sexo: Femenino ♀

Antecedentes						
Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales					
Empresa	Puesto de Trabajo	Duracion en la Empresa	Exposicion a Ruido	Jornada Laboral	Medidas de Control

OTOSCOPIA



Diagnostico Audiologico:

audición normal oi y od, adecuada para la edad

Recomendaciones:

Area Fonoaudiologia
Fonoaudiologia
Registro #: 8018/06

MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
CC 37899021

Huella
Digital

CENTRO MÉDICO MAVILAB-HEMOGRAMA V

T

ID pac:37899021

Edad:40Ed

ID muestr:28370

Diag clí:

Apellido:BAEZ PORRAS

Fech nac:

Hora prue:22-02-2021 10:19

Nombre:MARIA...

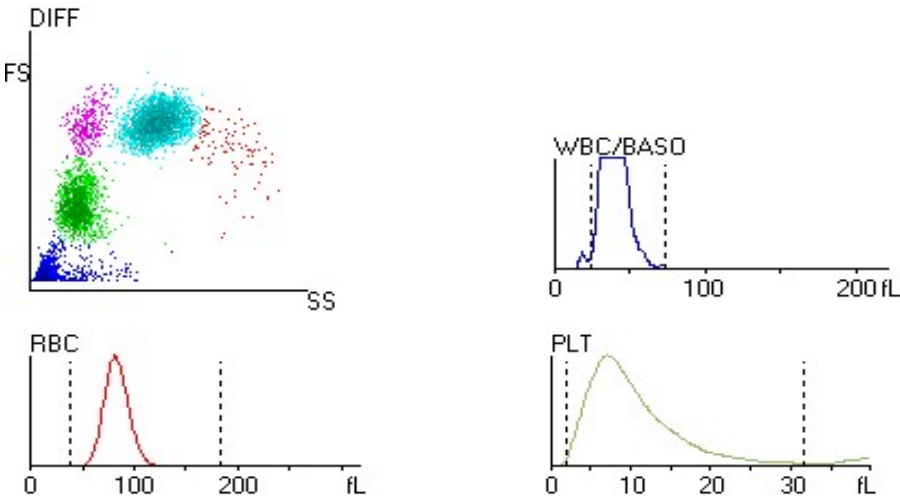
Dpto:

Modo:WB CBC+DIFF

Sexo:Mujer

Nº cama:

Parámetro		Result	Unid	Rango ref	
WBC		6.65	x10^9/L	4.00	- 10.00
Neu%	?	63.2	%	50.0	- 70.0
Lym%		29.6	%	20.0	- 40.0
Mon%	?	4.5	%	3.0	- 12.0
Eos%	?	2.3	%	0.5	- 5.0
Bas%		0.4	%	0.0	- 1.0
Neu#	?	4.20	x10^9/L	2.00	- 7.00
Lym#		1.97	x10^9/L	0.80	- 4.00
Mon#	?	0.30	x10^9/L	0.12	- 1.20
Eos#	?	0.15	x10^9/L	0.02	- 0.50
Bas#		0.03	x10^9/L	0.00	- 0.10
RBC		4.34	x10^12/L	3.50	- 5.00
HGB		12.1	g/dL	11.0	- 15.0
HCT	L	35.6	%	37.0	- 47.0
MCV		82.1	fL	80.0	- 100.0
MCH		27.9	pg	27.0	- 34.0
MCHC		34.0	g/dL	32.0	- 36.0
RDW-CV		0.127		0.110	- 0.160
RDW-SD		43.8	fL	35.0	- 56.0
PLT		298	x10^9/L	150	- 450
MPV		9.4	fL	6.5	- 12.0
PDW		16.1		9.0	- 17.0
PCT		2.79	mL/L	1.08	- 2.82



Entreg:

Hor traz:

Coment:

Operador:

Hor entr:

Ingeniero repar

Ingeniero repar

Valida:

Impr hora:

22-02-2021 10:34:53

* El resultado sólo es válido para la muestra analizada esta vez.



ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL, RIESGOS LABORALES Y DERECHO
LABORAL.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR



Fecha: 22-02-2021

Hora: 10:00 am

HC: 37.899.021

Apellido: BAEZ PORRAS

Nombre: MARIA FERNANDA

Tipo Documento: CEDULA CIUDADANIA

Edad: 40 AÑOS

Sexo: FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 02.01.81

Empresa: SENA

Cargo: INSTRUCTORA

Rh: O POSITIVO

EXAMENES REALIZADOS

Examen médico ocupacional de INGRESO

Optometría: Astigmatismo

Perfil lipídico: Normal

Glicemia: Normal

Cuadro Hemático: Normal

Audiometría: Normal

CONCEPTO

Apto con patología que no impide su capacidad laboral.

Diagnóstico: -Hipotiroidismo. -Obesidad.

RECOMENDACIONES PARTICULARES

Ejercicio diario. dieta saludable. disminuir 12 kilos de peso

Carrera 9 No. 11-26 Consultorio 301.

Centro Medico Marie Curie

saludempresarialsangil@gmail.com

Tel. 3023216758



ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL, RIESGOS LABORALES Y DERECHO LABORAL.

OBSERVACIONES

Esta consulta médica se realiza utilizando todos los protocolos de bioseguridad exigidos para evitar el contagio de covid-19.

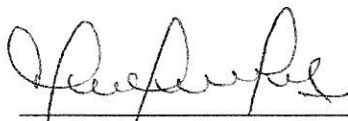
Paciente sin restricciones para desempeñar su labor, no presenta en la actualidad patología de riesgo para covid-19, según circular 0030 de mayo 2020 del ministerio de salud. se hace énfasis en la importancia de adoptar adecuada posición en todos los segmentos corporales durante su jornada laboral, uso adecuado de los elementos de protección personal, realizar pausas activas, seguir recomendaciones dadas por el programa de seguridad y salud en el trabajo como también asistir a todas sus reuniones, reportar inmediatamente accidentes o incidentes laborales.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Utilice herramientas y elementos de trabajo acordes al trabajo a realizar
2. Use siempre los elementos de protección personal EPP.
3. Realice actividades de prevención de riesgos laborales
4. Realizar ejercicio.


**Dr. Helbert Edison
Fuentes Ramirez**
Médico - RM 14802 - 00
Esp. Salud Ocupacional UMB
Lic. 00142

Médico Especialista En Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 00142



María Fernanda Báez Porras.
CC: 37.899.021

Resultados
Laboratorios

Fecha: 22/Feb/2021, Hora: 09:07:39 a.m.

Apellido: BAEZ PORRAS

Tipo Doc: CC

Empresa: DR HELBERT FUENTES

Cargo: No Aplica

Lugar:

Direccion: CRA 18 N. 18- 35

Telefono: Celular: 3168738670 Email: Estado Civil: Casado

Nombre: MARIA FERNANDA

Nro Identidad: 37899021

HC: # 28370

Edad: 40 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 02/Ene/1981

Rh: N/A

EXAMEN

RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

Glicemia

Glicemia Basal

84 mg/dl

70 a 110 mg/dl


Microbióloga y Bioanalista
TP 1100959884Andrea Niño Vargas
Microbióloga y Bioanalista
Registro #: 1100959884MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
CC 37899021Huella
Digital



OPTICA IMPERIALL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

Carrera 9 No.11-51
San Gil -Santander
Teléfono: 3102466680

OPTOMETRÍA

FECHA: 22/02/2021

NOMBRE COMPLETO: Maria Fernanda Baer Parra

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37 899 021 EDAD: 40 A.

NÚMERO DE CELULAR: 316 873 8670

ULTIMO CONTROL 3 Años

MC: Me canso y se me resaca los ojos

1 AGUDEZA VISUAL: SC K CC

RX EN USO: ESTADO:

VL OD 20/20 VP OD 0.5

OD

OI 20/20

OI 0.5

OI

2 OFTALMOSCOPIA:

OD OK

OI OK

3 MOTOR:

CVT: VL: 0

VP: 2x

PPC: 70 cm

DUCCIONES: Normal

VERSIONES: Normal

HIRSCHBERG: Centered

4 ESTADO REFRACTIVO (RX FINAL)

OD N - 0.25 x 0

AV 20/20

ADD

AV 0.5

OI N - 0.25 x 0

AV 20/20

5. EXAMEN EXTERNO:

OD Sono

OI Sono

6 DIAGNÓSTICO:

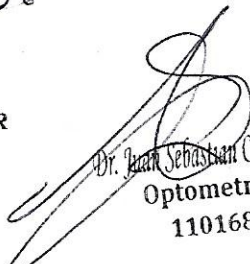
Astigmatismo

7. CONDUCTA

Se da Rx Descanso

JUAN SEBASTIAN ORDOÑEZ CORREDOR

OPTÓMETRA - U. SANTO TOMAS


Dr. Juan Sebastian Ordoñez Corredor
Optometra USTA
1101686939

Resultados
Laboratorios

Fecha: 22/Feb/2021, Hora: 09:07:39 a.m.

Apellido: BAEZ PORRAS

Tipo Doc: CC

Empresa: DR HELBERT FUENTES

Cargo: No Aplica

Lugar:

Direccion: CRA 18 N. 18- 35

Telefono: Celular: 3168738670 Email: Estado Civil: Casado

Nombre: MARIA FERNANDA

Nro Identidad: 37899021

HC: # 28370

Edad: 40 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 02/Ene/1981

Rh: N/A

EXAMEN

RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

Perfil Lipidico

Colesterol Total	182 mg/dl	0 a 200 mg/dl
Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	37 mg/dl	> 55 mg/dl
Colesterol L.D.L. Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	113.8 mg/dl	0 a 160 mg/dl
Trigliceridos Serico	156 mg/dl	< 160 mg/dl
Colesterol V.L.D.L.	31.2 mg/dl	20 a 72 mg/dl


Microbióloga y Bioanalista
TP 1100959884Andrea Niño Vargas
Microbióloga y Bioanalista
Registro #: 1100959884MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
CC 37899021Huella
Digital

TEST DE PERSONALIDAD

Numero de Intentos: 1 Fecha: lunes 22 febrero

Tipo de Documento: Cedula de Ciudadania

Documento: 37899021

Nombre: MARIA FERNANDA

Apellidos: BAEZ PORRAS

Direccion: CARRERA 18 N 18-35

Grupo Sanguineo: O+

Estado del Usuario: Apto



ITEM	VALOR
DELIRIUM	NO PADECE EL TRASTORNO
DEMENCIA	NO PADECE EL TRASTORNO
AMNESIA Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	NO PADECE EL TRASTORNO
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO PADECE EL TRASTORNO
CONTROL DE IMPULSOS	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	
Paranoide	NO PADECE EL TRASTORNO
Antisocial	NO PADECE EL TRASTORNO
Evitación	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNO POR COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS RELACIONADOS POR SUSTANCIAS	
Alcohol	NO PADECE EL TRASTORNO
Sustancias psicoactivas	NO PADECE EL TRASTORNO
Inducido por medicamentos	NO PADECE EL TRASTORNO
APTITUD VERBAL Y NUMÉRICA	NIVEL BUENO (80% a 100%)

Observaciones:

Candidata apta no presenta alteracion psicologica en el momento de Realizar le prueba.

FIRMAS

Firma Evaluador

Firma Evaluador

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso de certificacion de conductores y que la informacion suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apegos a la verdad.



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37899021 realizó el día 20/04/2021 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37899021 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

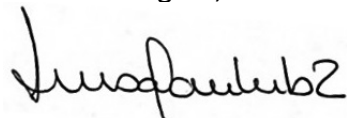
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS, con Cédula Ciudadanía No. 37899021 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 15/04/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101014237897.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS

Identificado con CC 37899021

Actualmente tiene(n) Cuenta de Ahorros, radicado(a) en la oficina SAN GIL, con las siguientes características:

Número:	24527978084
Fecha de apertura:	18 de Febrero de 2011
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a SENA, el 03 del mes Abril de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición: BUCARAMANGA					Sucursal: BUCARAMANGA				Cod. Sucursal: 96		Nro. Póliza: 96-46-101006844		Anexo: 0		
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:		
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:		Día:	Mes:	Año:	Horas:		EMISIÓN ORIGINAL		
14	04	2021	14	04	2021	00:00		18	04	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA								Identificación: 37899021			
Dirección: CARRERA 18 NRO. 18- 35						Ciudad: SAN GIL - SANTANDER				Teléfono: 3168738670	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CALLE 22 NRO 9-82						Ciudad: SAN GIL - SANTANDER				Teléfono: 7248113	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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.2428801 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUALIZACIÓN EN EL ÁREA DE PELUQUERÍA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURÍSTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		14/04/2021	18/04/2022
		Suma Asegurada / Actual:	
		\$ 2,440,000.00	
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,440,000.00	14/04/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA

Mmsm

[Firma manuscrita]



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

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

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR#388- FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdeleestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGON:

96461010068440

FECHA				
14/04/2021				
RECIBIMOS DE:	BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA		C.C. 37899021	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006844				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006844 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGON:

96461010068440

FECHA				
14/04/2021				
RECIBIMOS DE:	BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA		C.C. 37899021	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006844				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006844 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No. 96-46-101006844**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURO ESTADO 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 SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUCIERE.

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 PRORROGA 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 TÍTULO 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 PREVE 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 PARÁGRAFO 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 OCACIONADOS 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.

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 CONSTARÁN 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 ESTA 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, ADÉMÁS 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, ADÉMÁS 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, DEBERÁN 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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

San Gil, Abril 30 del 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:

NUIP - NIP	1101624416	SARA VALENTINA CARRILLO BAEZ	HIJA
NUIP- NIP	1101263006	VALERY FERNANDA CARRILLO BAEZ	HIJA

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA _____

Nombre: María Fernanda Báez Porras

C.C. 37899021 de San Gil



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP

1101624416

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

39365801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)*****

Datos del inscrito

Primer Apellido

CARRILLO*****

Segundo Apellido

BAEZ*****

Nombre(s)

SARA VALENTINA*****

Fecha de nacimiento

Año Mes Día Sexo (en letras) Grupo Sanguíneo Factor RH

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11645138-4*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA*****

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.899.021

Nacionalidad

COLOMBIANA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.161.252

Nacionalidad

COLOMBIANO*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.161.252

Firma

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

Año Mes Día

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NUBIA CRUZ SOLANO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

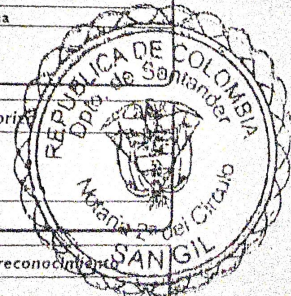
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -





REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 57542124
Serial

NUIP

1101263006

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	R	5	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL NOTARIA 1 SAN GIL * * * * *															

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido									
CARRILLO * * * * *										BAEZ * * * * *									
Nombre(s)																			
VALERY FERNANDA * * * * *																			
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo			Factor RH	
Año	2	0	1	9	Mes	O	C	T	Día	1	2	FEMENINO					O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																			
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL * * * * *																			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos															Número certificado de nacido vivo				
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *															15616518-1 * * * *				

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)																			
Apellidos y nombres completos																			
BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad				
CC No. 37899021 * * * * *															COLOMBIA * * * * *				

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)																			
Apellidos y nombres completos																			
CARRILLO CARRILLO BERNARDO * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad				
CC No. 88161252 * * * * *															COLOMBIA * * * * *				

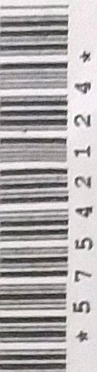
Datos del declarante																			
Apellidos y nombres completos																			
CARRILLO CARRILLO BERNARDO * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Firma				
CC No. 88161252 * * * * *																			

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	2	0	1	9	Mes	O	C	T	Día	1	7	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA									
										Nombre y firma											

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



* 5 7 5 4 2 1 2 4 *