



REGIONAL DISTRICT CAPITAL

CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICIOS PRESTADOS

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	11
Código Centro	921010
Fecha Elaboración	Febrero de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1,21
ID de Proceso	59059-994143
No. de documento	16828

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:		CARLOS ANDRES HERRERA MORA		C.C.		3.171.112		IP/Nº de contacto		0	
Correo electrónico contratista:		carlos_herreram@misena.edu.co									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		NO	
										Es Pensionado?	
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000		NO		Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO	
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Tipo de cta		AHORROS		Nº Cuenta		46543764167	
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:	223246/2021	N° Compromiso SIIF		19921			
Valor Total del Contrato	\$ 30.826.472	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.790.140,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.826.472		Del	12/02/2021	Al		28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 27.036.332		Comisiones				\$ 0.00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal, para la ejecución de acciones de formación titulada y/o complementaria de forma presencial y/o virtual; junto con otras actividades que se deriven de la formación, en los diferentes programas de las áreas de electricidad, electrónica, biomédica, refrigeración, telecomunicaciones, teleinformática y gestión de proyectos para los sectores
---	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.790.140	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.140	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.518.455	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente	2.518.455,00	TARIFA
	-----	47915303	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.056	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL III	\$ 37.000	\$ 0	Reteica - 8299	32.438,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			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	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -				
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 839.485		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.757.702,00	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2024375 : Competencia :Diseñar el sistema de acuerdo con los requerimientos del cliente
Actividad 1: Construir un prototipo usando, mockups, wireframes e implementarlo usando diseño web que cumplan con la necesidades del cliente
Actividad 2: Elaborar diagrama de distribución para implementar el sistema de información según las necesidades del cliente.
Ficha 2202805 : Competencia: Analizar los requisitos del cliente para construir el sistema de información
Actividad 1: Elaborar los diagramas de casos de uso con el estándar UML(2,x)
Actividad 2: Elaborar los diagramas de UML

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.

CARLOS ANDRES HERRERA MORA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

Autorizo el presente pago.
El Supervisor.

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.

GERMAN GILBERTO ALARCON ROZO
INSTRUCTOR G20

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	3171112	Carlos Andres Herrera Mora		Calle 136C sur No.3-36 Urb el Sol int C casa 36	3203159445	carlosaherrera76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	I		47915303	\$251.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	800				800	0	0	800			8	800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	800	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	251.100	251.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	3171112	Carlos Andres Herrera Mora		Calle 136C sur No.3-36 Urb el Sol int C casa 36	3203159445	carlosaherrera76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	I		47915303	\$251.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Salario	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	SEI	SEI	VAC	AVP	ACT*	RL	CDRREG.COJA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	3171112	HERRERA MORA CARLOS ANDRES				59	0			N	R																231.001	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-23	29.261	3	800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bogotá, Febrero 18 de 2021

Señor:
HERRERA MORA CARLOS ANDRES
CC. 3171112
CL 136 C SUR N 3 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 26 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GARCIA HOLGUIN EDNA CAROLINA	1022933040	C	Sep-10-2020	17	0	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
HERRERA GARCIA JULIAN ANDRES	1022991873	T	May-27-2020	34	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
HERRERA MORA CARLOS ANDRES	3171112	C	Sep-26-2008	334	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CARLOS ANDRES HERRERA MORA	3171112	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
CARLOS ANDRES HERRERA MORA	3171112	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CARLOS ANDRES HERRERA MORA	3171112	Trabajador Independiente	CERRADO
CARLOS ANDRES HERRERA MORA	3171112	Trabajador Independiente	CERRADO
CESDE S A	3171112	Dependiente	CERRADO
CESDE S A	3171112	Dependiente	CERRADO
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	3171112	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	3171112	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	3171112	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	3171112	Dependiente	CERRADO
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	3171112	Dependiente	CERRADO
FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR SAN MATEO	3171112	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
INSTITUTO TECNICO COMERCIAL JULIO CORTAZAR EU	3171112	Dependiente	CERRADO
INSTITUTO TECNICO COMERCIAL JULIO CORTAZAR EU	3171112	Dependiente	CERRADO
LABOORUM	3171112	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO

GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS ANDRES HERRERA MORA identificado(a) con C.C No. 3.171.112, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de febrero del 2021.

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

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

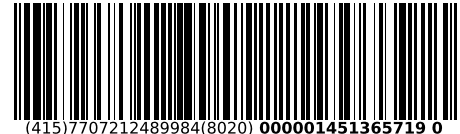


Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14513657190



(415)7707212489984(8020) 000001451365719 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 1 7 1 1 1 2

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 1 7 1 1 1 2

27. Fecha expedición

1 9 9 5, 0 4, 1 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Silvania

7 4 3

31. Primer apellido

HERRERA

32. Segundo apellido

MORA

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 136 SUR 3 42 IN C CA 36 URB EL SOL

42. Correo electrónico

cherrera998@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 3 1 5 9 4 5 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 1, 0 1

Actividad secundaria

48. Código

4 7 4 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 7, 2 4

Otras actividades

1

2

9 5 1 1

Ocupación

51. Código

2 3 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

COPIA DOCUMENTO

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL SAS
NIT : 901.184.145-7
Tel: 2765959- Cel: 3154852811
Calle 37 No. 4f-11- B/Cádiz
somosmedicinaocupacional@gmail.com
www.somosaludocupacional.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.053

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
11	02	2021	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			PARTICULAR		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
HERRERA MORA CARLOS ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	44 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	CC 3171112
Apellidos y Nombres			Teléfonos	Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR SENA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: <i>NO APLICA</i>					
Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular, para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos o posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividades o tareas que superen su capacidad física. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo					
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
GLICEMIA		✓	PRUEBA PSICOTECNICA		✓
PERFIL LIPÍDICO		✓	CONSULTA DE VISIOMETRIA		✓
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL		✓	HEMOLEUCOGRAMA		✓
CONSULTA DE AUDIOMETRIA		✓	ANEXO OSTEOMUSCULAR		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DEL COLESTEROL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
Declaro: Que he sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo, confidencialidad, custodia y condiciones para la entrega de las evaluaciones medicas ocupacionales. Al firmar el presente consentimiento autorizo al médico, para la realización del examen médico ocupacional y los exámenes complementarios requeridos. Lo hago de manera consiente. Certifico que las respuestas dadas por mí son la verdad y acepto la concordancia de la presente historia con mis condiciones de salud. Autorizo el suministro a la empresa, de la información requerida por esta para, el cumplimiento del sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo, bajo los estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: MARIN VARON ECCEHOMO			Nombre: HERRERA MORA CARLOS ANDRES		
R. M.: 13918			CC: 3171112		
L.S.O.: RESOLUCIÓN 1057 GT					

LABORATORIO CLINICO NAIZIR LTDA
NIT: 900103964-2

Calle 33 No.4A-44 Cádiz Tel. 2643079 Fax.2651503 Tolima

Admisión: 315623 Fecha: 2021-02-11

Gufa: d2e13f7a2598102999068c4fc8494376

Entidad: SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL SAS (PARTICULAR) Ciudad: IBAGUE
Paciente: CC 3171112 Nombre: CARLOS ANDRES HERRERA MORA Sexo: Masculino Edad: 44 A
Solicita: NO ESPECIFICADO

Nombre	Resultado	Inferior	Superior
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITR 2021-02-11			
SERIE BLANCA			
WBC	5.99 k/uI	5	10
LYM	1.75 k/uI	1.3	4
MID	0.29 k/uI	0.15	0.7
GRA	3.94 k/uI	2.5	7.5
LYM%	29.3 %	25	40
MID%	4.9 %	3	7
GRA%	65.9 %	50	75
SERIE ROJA			
RBC	4.62 M/uL	4.5	5.5
HGB	14 g/dl	14	17.4
HCT	40.97 %	45	52
MCV	89 fl	84	96
MCH	29.8 pg	27	32
MCHC	33.6 g/dl	30	35
RDWcv	15.7 %	11.3	16.7
SERIE PLAQUETARIA			
PLAQUETAS	266 k/uI	150	400
PCT	0.31 %		
MPV	11.5 fl		
PDWcv	41.4 %		
OTROS			
P-LCC	98 k/uI		
P-LCR	36.9 %		

ERIKA JINNETH MARTINEZ Reg: 1098705150

Erika Martinez

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

2021-02-11 84 mg/dl 70 110

Técnica: TRINDER.GOD-POD.COLORIMETRICO

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

Referencia:

***EN PACIENTES CONTROLADOS A TRAVES DE GLUCOMETRÍAS SE DEBE INTERPRETAR CON CAUTELA DEBIDO A QUE LA NORMA ISO 15197:2015 ESTABLECE QUE EN LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA PUEDE EXISTIR UNA VARIACIÓN DE $\pm 15\%$ EN RELACIÓN CON LOS VALORES OBTENIDOS POR OTROS SISTEMAS DE MEDICIÓN DERIVADA DE LA INFLUENCIA QUE PUEDEN EJERCER EL HEMATOCRITO Y 24 SUSTANCIAS INTERFERENTES EN LA SANGRE COMO EL COLESTEROL, LOS TRIGLICÉRIDOS, HEMOGLOBINA Y MEDICAMENTOS COMO EL IBUPROFENO, ACETAMINOFÉN, HEPARINA, ENTRE OTROS

COLESTEROL TOTAL

2021-02-11 187 mg/dl

Técnica: ENZIMATICA COLORIMETRICA

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

Referencia:

RANGOS PARA INTERPRETACION:
Menores de 19 años = MENOR A 170 mg/dl
Mayores de 19 años = MENOR A 200 mg/dl

**NOTA IMPORTANTE: ESTE EXAMEN PUEDE VERSE AFECTADO POR LA INGESTA DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y ALCOHOL DANDO RESULTADOS

Advertencias: El Laboratorio no se hace responsable de cualquier alteración o enmendadura realizada a este reporte.

La fase preanalítica de muestras remitidas es responsabilidad de la entidad remitente.

La interpretación del resultado corresponde exclusivamente al médico. Los resultados por sí solos no deben definir una conducta pues deben ser analizados en combinación con manifestaciones clínicas y otros parámetros de diagnóstico.

2021-02-11 12:13

ViSof - SIIPS-Web

-- 1/3 --

LABORATORIO CLINICO NAIZIR LTDA
NIT: 900103964-2

Admisión: 315623 Fecha: 2021-02-11

Calle 33 No.4A-44 Cádiz Tel. 2643079 Fax.2651503 Tolima

Guía: d2e13f7a2598102999068c4fc8494376

Entidad: SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL SAS (PARTICULAR) Ciudad: IBAGUE
Paciente: CC 3171112 Nombre: CARLOS ANDRES HERRERA MORA Sexo: Masculino Edad: 44 A
Solicita: NO ESPECIFICADO

Nombre	Resultado	Inferior	Superior
FALSAMENTE POSITIVOS, ELEVANDO SU NIVEL ENTRE UN 15-20% EN ESTOS CASOS DEBE SER INTERPRETADO CON PRECAUCION.			

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) ENZIMATICO

2021-02-11 96.8 mg/dl

Técnica: Sustr. del HDL y VLDL de la concentración de Colesterol Tot
Referencia: VALORES DE REFERENCIA:
0-19 años: Menor a 110 mg/dl
Mayores de 20 años: Menor a 130 mg/dl

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)

2021-02-11 29.4 mg/dl

Técnica: PRECIPITACION-COLORIMETRICO
Referencia: INTERPRETACION CLINICA:
HOMBRES
PRONOSTICO FAVORABLE > 55 mg/dl
NIVELES DE RIESGO ESTANDAR: 35 - 55 mg/dl
INDICADOR DE RIESGO: < 35 mg/dl
MUJERES
PRONOSTICO FAVORABLE > 65 mg/dl
NIVELES DE RIESGO ESTANDAR: 45 - 65 mg/dl
INDICADOR DE RIESGO: < 45 mg/dl

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

COLESTEROL VLDL

2021-02-11 60.8 mg/dl 0 30

Referencia: Rango Deseable: menor o igual a 30 mg/dl
NOTA: Pacientes con enfermedad hepática obstructiva pueden desarrollar lipoproteínas anormales.

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

COLESTEROL NO HDL

2021-02-11 157.6 mg/dl

Técnica: Sustr. del valor HDL de la concentración de Colesterol Total

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

TRIGLICERIDOS

2021-02-11 304 mg/dl 40 160

Técnica: GPO-POD,ENZIMATICO COLORIMETRICO

MARIA MARCELA FORERO FORERO Reg: 000499

Observar: INTERPRETAR CON CAUTELA PREVIA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PREANALITICOS PARA ESTE EXAMEN. DATO CONFIRMADO EN LA MISMA MUESTRA.

Referencia: VALORES DE REFERENCIA: VER RANGOS INFERIOR Y SUPERIOR.

***NOTA IMPORTANTE: ESTE EXAMEN PUEDE VERSE AFECTADO POR LA INGESTA DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y ALCOHOL DANDO RESULTADOS FALSAMENTE POSITIVOS, ELEVANDO SU NIVEL ENTRE UN 15-20% EN ESTOS CASOS DEBE SER INTERPRETADO CON PRECAUCION.

HASTA AQUI EL REPORTE

Por su seguridad y comodidad evite traslados hasta nuestro laboratorio solicitando el servicio de toma de muestras a domicilio. Agende su cita un día antes a los teléfonos 3007330207 - 3175389907

Recuerde solicitar el envío de resultados a su correo electrónico en las próximas atenciones.

El (los) resultado(s) de este informe corresponden a las muestras recibidas y analizadas cuya identificación de origen es responsabilidad de

Advertencias: El Laboratorio no se hace responsable de cualquier alteración o enmendadura realizada a este reporte.

La fase preanalítica de muestras remitidas es responsabilidad de la entidad remitente.

La interpretación del resultado corresponde exclusivamente al médico. Los resultados por sí solos no deben definir una conducta pues deben ser analizados en combinación con manifestaciones clínicas y otros parámetros de diagnóstico.

LABORATORIO CLÍNICO NAIZIR LTDA

NIT: 900103964-2

Calle 33 No.4A-44 Cádiz Tel. 2643079 Fax.2651503 Tolima

Admisión: 315623 Fecha: 2021-02-11

Guía: d2e13f7a2598102999068c4fc8494376

Entidad: SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL SAS (PARTICULAR) Ciudad: IBAGUE
Paciente: CC 3171112 Nombre: CARLOS ANDRES HERRERA MORA Sexo: Masculino Edad: 44 A
Solicita: NO ESPECIFICADO

Nombre	Resultado	Inferior	Superior
la toma de muestras correspondiente			

LABORATORIO CLÍNICO

NAIZIR LTDA

Advertencias: El Laboratorio no se hace responsable de cualquier alteración o enmendadura realizada a este reporte.
La fase preanalítica de muestras remitidas es responsabilidad de la entidad remitente.

La interpretación del resultado corresponde exclusivamente al médico. Los resultados por sí solos no deben definir una conducta
pues deben ser analizados en combinación con manifestaciones clínicas y otros parámetros de diagnóstico.



SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
DIRECCIÓN: CALLE 37 N 4F – 11 B/ CADIZ

VALORACION DE AUDIOMETRIA

1. INFORMACION GENERAL:

FECHA: 11 Febrero 2021 EMPRESA: SENA TIPO DE EXAMEN: I: ☒ P: ☐ R: ☐ OTRO: ☐
SEXO M: ☒ F: ☐ NOMBRE: Carlos Andres Herrera Mora CC: 3.171.112 EDAD: 44 a.
CARGO: Instructor AREA: Docencia ANTIGÜEDAD: 12 años RESPOSO AUDITIVO: SI: ☐ NO: ☐

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLÓGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLÓGICOS	SI	NO	QUIRÚRGICOS	SI	NO	EXTRALABORALES	SI	NO
OTALGIA		☒	CIRUGIA DE OIDO		☒	MOTO		☒
OTITIS		☒	TIMPANOPLASTIA		☒	TEJO		☒
OTORREA		☒	PATOLOGIA / MEDICA		☒	SERVICIO MILITAR		☒
OTORRAGIA		☒	HIPERTENSION ARTERIAL		☒	POLIGONO		☒
PRURITO		☒	DIABETES		☒	DISCOTECA		☒
SENSACION D E OIDO TAPADO		☒	RINITIS		☒	AUDIFONO		☒
TRANSTORNO DEL EQUILIBRIO		☒	SINUSITIS		☒	INSTRUMENTO MUSICAL		☒
TINITUS		☒	OTROS		☒	ARMA DE FUEGO		☒
HIPOACUSIA SUBJETIVA		☒				OTRO		
INGESTA OTOTOXICOS		☒						
OTROS								

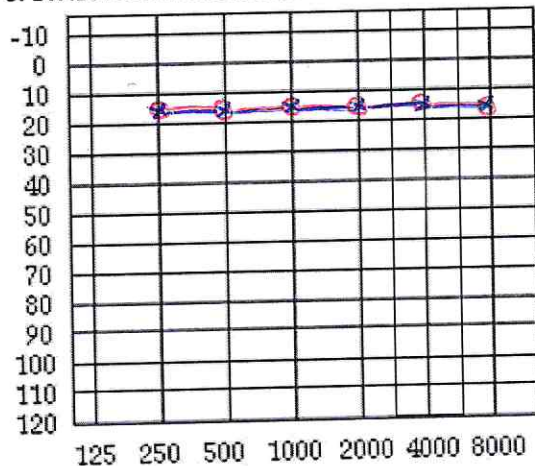
3. OTOSCOPIA

OIDO DERECHO Membrana timpánica íntegra
OIDO IZQUIERDO Membrana timpánica íntegra

4. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP. AÑOS	EXP. HORAS	USO EPA		TIPO
		I	E					

5. EVALUACION AUDIOGRAMA



6. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO LARSEN

OIDO DERECHO Adición Normal
OIDO IZQUIERDO Adición Normal
BILATERAL Normal

7. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO: Audiometría tonal reporta curvas simétricas perfil plano correspondientes a sensibilidad auditiva periférica normal bilateral

8. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGÚN PVE ANUAL: ☒ SEMESTRAL: ☐ USO DE EPA SEGÚN PVE: ☒ AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA: ☐ VALORACION CONTROL POR ORL: ☐ EXAMENES COMPLEMENTARIOS: ☐ LIMPIEZA OTICA OD: ☐ OI: ☐ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL: ☒

9. OBSERVACIONES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO CON ANTERIORIDAD SOBRE LAS LIMITACIONES, BENEFICIOS, RIESGOS Y ACEPTO LA REALIZACION DE LA AUDIOMETRIA, ASI MISMO AUTORIZO A LA ENTIDAD Y SUS PROFESIONALES DE SALUD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACION AQUÍ CONTENIDA, LA CUAL PUEDE SER UTILIZADA PARA SEGUIMIENTO Y ANALISIS O PARA DETERMINAR LA CARACTERISTICA ESTADISTICAS DE DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION A LA QUE HAGO PARTE DENTRO DEL MARCO DE LA CONFIDENCIALIDAD MEDICA REFIERO ENTENDER LO ESCRITO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE FORMA VOLUNTARIA FIRMO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SEÑAL DE ACEPTACION.

FONOAUDIOLÓGIA

FIRMA DEL PACIENTE - CC: 3.171.112



SOMOS
MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL
DIRECCIÓN: CALLE 37 N 4F – 11 B/ CADIZ

VALORACION DE OPTOMETRIA

1. INFORMACION GENERAL:

FECHA: 11-02-2021 EMPRESA: Guerrero Mora VISIOMETRIA: / OPTOMETRIA: / SEXO M: / F: /
NOMBRE: Carlos Andres Guerrero Mora CC: 3171112 EDAD: 44
CARGO: Particular AREA: / ANTIGÜEDAD: / T. EXAMEN: I: / P: / E: /

2. EXPOSICION A RIESGOS OCUPACIONALES	SI	NO	USO PROTECCION VISUAL
EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIOR		<u>/</u>	
QUIMICO (HUMOS, GASES, VAPORES, POLVOS)		<u>/</u>	
RADIACION (ULTRAVIOLETA, INFRAROJO, RAYOS X, HORNO)		<u>/</u>	
MECANICOS (PROYECCION DE PARTICULAS)		<u>/</u>	
USO VIDEO TERMINALES	<u>/</u>		

3. ANTECEDENTES	SI	NO	¿CUAL?	4. VALORACION FISICA	C.RX	SNRX
ENFERMEDADES		<u>/</u>		AGUDEZA DE LEJOS OD		<u>20/20</u>
TRATAMIENTOS		<u>/</u>		VISUAL OI		<u>20/20</u>
MEDICAMENTOS		<u>/</u>		AGUDEZA CERCA OD		<u>20/20</u>
SINTOMATOLOGIA OCULAR		<u>/</u>		VISUAL OI		<u>20/20</u>
CIRUGIA OCULAR		<u>/</u>		HALLAZGOS OD	<u>ninguno</u>	
PROBLEMAS DE REFRACCION		<u>/</u>		SEGMENTO ANT. OI	<u>i</u>	
TIEMPO DE EVOLUCION				BALANCE MUSCULAR	<u>OK</u>	
USA CORRECCION		<u>/</u>		VISION CROMATICA	<u>OK</u>	
TIPO DE CORRECCION				ESTERIOPSIS	<u>20" de arco</u>	

5. OFTALMOSCOPIA	REFRACCION
OD <u>normal</u>	
OI <u>i</u>	
RESULTADOS	DIAGNOSTICO
RX- FINAL: AV:	
OD	
OI	
ADD	
DISPOSICION: <u>sin restricción para la actividad laboral</u>	

6. RECOMENDACIONES		
CONJTROL PERIODO: <u>/</u>	HIGIENE VISUAL:	ORTOPTICA:
PROTECCION OCULAR:	OPTOMETRIA:	OFTALMOLOGIA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO CON ANTERIORIDAD SOBRE LAS LIMITACIONES, BENEFICIOS, RIESGOS Y ACEPTO LA REALIZACION DE LA AUDIOMETRIA, ASI MISMO AUTORIZO A LA ENTIDAD Y SUS PROFESIONALES DE SALUD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACION AQUÍ CONTENIDA, LA CUAL PUEDE SER UTILIZADA PARA SEGUIMIENTO Y ANALISIS O PARA DETERMINAR LA CARACTERISTICA ESTADISTICAS DE DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION A LA QUE HAGO PARTE DENTRO DEL MARCO DE LA CONFIDENCIALIDAD MEDICA REFIERO ENTENDER LO ESCRITO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE FORMA VOLUNTARIA FIRMO EL CONSETIMIENTO INFORMADO EN SEÑAL DE ACEPTACION.

Angela Henao Rojas
OPTOMETRA - UNISALLE
RMS 0094

OPTOMETRIA

0094

FIRMA DEL PACIENTE - CC: 3.171.112.

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA OCUPACIONAL

N° H.C.: 3171112

Fecha de evaluación:

Día	Mes	Año		

I.- DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres : Herrera MORA Carlos Andres.
 Edad : 44
 Fecha de Nacimiento: 04 de julio de 1976
 Lugar de Nacimiento: Villabica - Tolima.
 Estado Civil : separado.
 Grado de Instrucción: Ingenieria de sist. (UN)
 Lugar de Residencia : Bogotá
 Evaluación : Pre Ocupacional: ☒ Ocupacional: ☐ Post-Ocupacional: ☐

II.- MOTIVO DE EVALUACION:

Evaluación preocupacional de ingreso.

III.- DATOS OCUPACIONALES:

3.1- EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajó)

Nombre de la Empresa : SENA (INSTRUCTOR)
 Actividad de la Empresa : Educación
 Área de trabajo : Superficie (X) Subsuelo () Tiempo Total Laborando: 12 años
 Puesto: Instructor.

Principales Riesgos:

NO refiere

Medidas de Seguridad:

Protocolos covid-19, ademas de las medidas de Higiene postural.

3.2- ANTERIORES EMPRESAS: (experiencia laboral)

FECHA	NOMBRE DE LA EMPRESA	ACT. DEL EMPRESA	PUESTO	TIEMPO		CAUSA DEL RETIRO
				SUP	SUB	
2020	SENA	Edu.	Instruc.			term. contrato
2014	SENA	Edu	Instruc.			term contrato

IV.- HISTORIA FAMILIAR:

convivencia con hijo de 19 años, sin elementos relevantes a nivel comunicativo o relacional.

V.- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES: (durante el tiempo de trabajo)

Fractura falange dedo Mano Izquierda.

VI.- HABITOS: (pasatiempos, consumo de tabaco, alcohol y/o drogas)

- Futbol.
- Cigarillo.

VII.- OTRAS OBSERVACIONES:

N/A

VIII. EXAMEN MENTAL:

8.1. OBSERVACION DE CONDUCTAS:

- Presentación: Adecuado (X) Inadecuado ()
- Postura : Erguida (X) Encorvada ()
- Discurso : Ritmo: Lento () Rápido () Fluido (X)
Tono: Bajo () Moderado (X) Alto ()
Articulación: con dificultad () sin dificultad (X)
- Orientación: Tiempo: Orientado (X) Desorientado ()
Espacio: Orientado (X) Desorientado ()
Persona: Orientado (X) Desorientado ()

8.2. PROCESOS COGNITIVOS:

- Lucido, atento: orientado
- Pensamiento: claro sin distorsión
- Percepción : óptima sin alteración
- Memoria : Corto plazo _ Mediano plazo X Largo plazo _
- Inteligencia : Muy Superior () Superior () Normal Brillante ()
Promedio (X) N. Torpe () Fronterizo () RM Leve ()
RM Moderado () RM Severo () RM Profundo ()
- Apetito : Normal
- Sueño : sin alteración
- Personalidad : sin trastorno de base
- Afectividad : sin dificultad
- Conducta Sexual: NO refiere actualmente

XI. DIAGNOSTICO FINAL:

Área Cognitiva: sin presencia aparente de trastornos o disonancias cognitivas, estudio cognitivo acorde a edad
Área Emocional: muestra coherencia y coordinación emocional de manera óptima.

Terapeuta.

[Firma]

cristian camilo daza trujillo
Psicólogo
Mg. Neuropsicología y Educación
T.P. 166208

Ptje	Nombre
	Inventario Millon de Estilos de Personalidad - MIPS
	Cuestionario de personalidad - Eysenck
	Escala de Motivaciones Psicosociales - MPS
	Luria - DNA Diagnostico neuropsicológico de Adultos
	Escala de Apreciación del Estrés -EAE
X	Inventario de Burnout de Maslach
	Clima Laboral
	Batería de Conductores
	WAIS
	Test BENTON
X	Test Bender
	Inventario de la ansiedad ZUNG
	Inventario de la depresión ZUNG
	Escala de Memoria de Wechsler
X	Mini mental state.

CONCEPTO
ÓPTIMO PARA
EL CARGO.



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES HERRERA MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 3171112 realizó el día 16/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo CARLOS ANDRES HERRERA MORA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 3171112 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CARLOS ANDRES HERRERA MORA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 3.171.112, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 05/02/2021 y fecha fin de contrato 04/10/2021 con riesgo 3.

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): 202101012362763.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 18 de Enero de 2021

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ANDRES HERRERA MORA identificado(a) con CC 3171112, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46543764167	2008/08/14	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

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

Ciudad de Expedición:						Sucursal:				Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
BOGOTÁ, D.C.						CENTRO INTERNACIONAL				12		12-46-101045598		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		
12	02	2021	12	02	2021	00:00		14	02	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: HERRERA MORA CARLOS ANDRES								Identificación: 3171112			
Dirección: CRA 1B ESTE NO.81-74 SUR					Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL					Teléfono: 3203159455	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES D.C.								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CARRERA 30 NO 17B-25 SUR					Ciudad: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL					Teléfono: 5960050	

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.2232467 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA, BIOMÉDICA, REFRIGERACIÓN, TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DE PROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR EL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/02/2021	14/02/2022	\$ 3,082,647.20

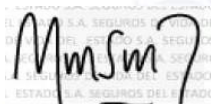
OBSERVACIONES:
LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 3,082,647.20	12/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JAIRO WILCHEZ ROJAS	10178	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE 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 AVENIDA 39 NO 7-88 - Teléfono: 2881662 - BOGOTÁ, D.C.



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.

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 12461010455980

FECHA				
12/02/2021				
RECIBIMOS DE:	HERRERA MORA CARLOS ANDRES		C.C. 3171112	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045598			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045598 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178			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 PAGO N°: 12461010455980

FECHA				
12/02/2021				
RECIBIMOS DE:	HERRERA MORA CARLOS ANDRES		C.C. 3171112	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 12-46-101045598			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CENTRO INTERNACIONAL - CU. ESTATAL - 101045598 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178			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.12-46-101045598**

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 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 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 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 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 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.

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 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, 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 (OTROSÍ, 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.

Bogotá D.C, 28 de Febrero 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 2021, 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 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos **NO** 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 2021, soy una persona natural que **NO** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
- d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que **NO** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$46.418.400)
- e. Por el año gravable 2021, **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 2021, **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 veintiocho (28) días del mes de Febrero de 2021.

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.C. No.



Carlos Andrés Herrera Mora

3.171.112 de Silvania (Cund)

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá D.C, 28 de febrero de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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

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

T.I.	1.022.991.873	Julián Andrés Herrera García	HIJO
-------------	----------------------	-------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: Carlos Andrés Herrera Mora

C.C. 3.171.112 de Silvania (Cund)