

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL PUTUMAYO</p>		<p>Código Regional</p>	<p>86</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>951810</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Febrero de 2022</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2022 - 1,22</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>20444-765837</p>
<p align="center">CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA - PUTUMAYO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)</p>		<p>No. de documento</p>	<p>362530</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>FERNEY JESUS MAYA MELO</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>fmaya@sena.edu.co</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>
<p>Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores</p>		<p>☐ NO ☒ Inducción SST</p>		<p>☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCOLOMBIA</p>		<p>Tipo de cta</p>
		<p>AHORROS</p>		<p>N° Cuenta</p>
		<p>69220465446</p>		
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200</p>		<p>☐ NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>145/2022</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>
		<p>12422</p>		
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 41.702.130</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 41.702.130</p>		<p>Del</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 37.743.067</p>		<p>Al</p>
		<p>Legalización comisiones del periodo</p>		<p>28/02/2022</p>
		<p>\$ 624.842,00</p>		<p>Valor Bruto Pago</p>
				<p>\$ 3.959.063,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>				
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTIÓ</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 3.959.063</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 3.959.063</p>		<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 2.333.818</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
				<p>\$ 0</p>
				<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Febrero</p>		<p>Enero</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 1.583.625</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 198.000</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 253.400</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ 8.300</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.216.128</p>		<p>\$ 395.906</p>		<p>-</p>
<p>Salud hasta \$ 608.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 9.120.960</p>		<p>\$ 777.939</p>		<p>-</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
				<p>Valor Base retención en la fuente</p>
				<p>2.333.818,00</p>
				<p>TARIFA</p>
				<p>3.507.663,00</p>
				<p>Valor base IVA</p>
				<p>0,00</p>
				<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
				<p>0,00 19%</p>
				<p>Menos Retención en la Fuente</p>
				<p>0,00 0,00%</p>
				<p>Menos Retencion IVA</p>
				<p>0,00 15%</p>
				<p>Reteica - 8299</p>
				<p>35.077,00 1,000%</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00 0,000%</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00 0,000%</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00 0,000%</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00 0,000%</p>
				<p>Descuentos de Libranza</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>
				<p>1.961.993,00</p>
				<p>VALOR A PAGAR</p>
				<p>\$ 1.961.993,00</p>
<p align="center">SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>MUNICIPIO MOCOA; INSTRUCTOR DE FORMACIÓN REGULAR, ESPECIALIDAD SISTEMAS</p>				
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2022</p>				
<p>1. Brindar FPI presencial Programa Gestión Administrativa, ficha 2188061, municipio de Mocoa, competencia 290801023, RAP2, horas 60</p>				
<p>2. Brindar FPI presencial Programa Gestión Administrativa, ficha 2206281, municipio de Mocoa, competencia 290801023, RAP2, horas 6</p>				
<p>3. Brindar FPI presencial Programa Gestión Administrativa, ficha 2188060, municipio de Mocoa, competencia 290801023, RAP2, horas 30</p>				
<p>4. Brindar FPI presencial Programa Gestión Administrativa, ficha 2269924, municipio de Mocoa, competencia 290801023, RAP1, horas 18</p>				
<p>5. Apoyo a la gestión académica de la zona medio y alto Putumayo - horas 46</p>				
<p>TOTAL MES DE FEBRERO 2022 --> 160 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>				
<p align="right">FERNEY JESUS MAYA MELO EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<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 align="right">FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA INSTRUCTOR G11</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">WILLIAN JAMES RODRIGUEZ ORTIZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

(Leer las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Tipo de afiliación	4. Tipo de afiliación	5. Régimen
A. Afiliación	B. Reingreso de beneficiario	A. Individual	B. Colectiva	A. Contributivo
C. Reingreso de beneficiario	D. Reingreso de beneficiario	C. Individual	D. Colectiva	B. Subsidiado
E. Reingreso de beneficiario	F. Reingreso de beneficiario	E. Individual	F. Colectiva	C. Subsidiado

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer apellido			Varón ☐ Femenino ☐	
Segundo apellido			Varón ☐ Femenino ☐	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Ocupación	13. Puntaje RISEN	14. Grupo de protección especial
15. Administración de Riesgos Laborales - ARL	16. Administración de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
22. Municipio	23. Zona	24. Localidad/Comuna	25. Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

26. Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente, cónyuge	27. Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente, cónyuge
28. Apellidos y nombres	29. Tipo de documento de identidad
Primer apellido	
Segundo apellido	
30. Sexo	31. Fecha de nacimiento
Varón ☐ Femenino ☐	

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

32. Apellidos y nombres	33. Tipo de documento de identidad	34. Sexo	35. Fecha de nacimiento
Primer apellido		Varón ☐ Femenino ☐	
Segundo apellido		Varón ☐ Femenino ☐	
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Sexo	39. Fecha de nacimiento
		Varón ☐ Femenino ☐	

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS

40. Fecha de nacimiento	41. Etnia	42. Ocupación	43. Tipo de documento de identidad
44. Tipo de documento de identidad	45. Número del documento de identidad	46. Sexo	47. Fecha de nacimiento
		Varón ☐ Femenino ☐	

VII. DATOS DE RESIDENCIA

48. Municipio	49. Zona	50. Localidad/Comuna	51. Departamento
52. Teléfono fijo	53. Teléfono celular	54. Correo electrónico	55. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

VIII. Selección de la EPS Privada

56. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	57. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

IX. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL, O DE OFICIO

58. Nombre de la entidad	59. Tipo de documento de identidad	60. Número del documento de identidad	61. Tipo de documento de identidad
62. Dirección	63. Teléfono	64. Correo electrónico	65. Municipio

X. REPORTE DE NOVEDADES

66. Tipo de novedad	67. Descripción de la novedad	68. Fecha de la novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación		
2. Corrección de datos básicos de identificación		
3. Actualización del documento de identidad		
4. Actualización y corrección de datos complementarios		
5. Terminación de la inscripción en la EPS		
6. Reinscripción en la EPS		
7. Ingreso de beneficiarios o de afiliados adicionales		
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales		
9. Ingreso de relación laboral o adopción de condiciones para trabajar		
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir trabajando		

XI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

69. Datos básicos de identificación	70. Tipo de documento de identidad	71. Número del documento de identidad	72. Tipo de documento de identidad
Primer apellido			
Segundo apellido			
73. Sexo	74. Fecha de nacimiento	75. Sexo	76. Fecha de nacimiento
Varón ☐ Femenino ☐		Varón ☐ Femenino ☐	

XII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

77. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales	78. Declaración de no haber sido afiliado a Régimen Contributivo Especial o de Excepción
79. Declaración de no haber sido afiliado a Régimen Contributivo Especial o de Excepción	80. Declaración de no haber sido afiliado a Régimen Contributivo Especial o de Excepción
81. Autorización para que la EPS envíe la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que lo requieran	82. Autorización para que la EPS envíe la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que lo requieran
83. Autorización para que la EPS envíe la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que lo requieran	84. Autorización para que la EPS envíe la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que lo requieran

XIII. FIRMAS

85. El afiliado, cabeza de familia o beneficiario	86. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación

XIV. ANEXOS

87. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente	88. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente
89. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente	90. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente
91. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente	92. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente
93. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente	94. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente
95. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente	96. Copia del documento de inscripción o de afiliación emitido por la autoridad competente

XV. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

97. Datos de la entidad territorial	98. Datos de la entidad territorial
Código del Municipio	Código del Municipio
Código del Departamento	Código del Departamento
Número de folio	Página
99. Fecha de radicación	100. Fecha de validación

XVI. DATOS DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VALIDACIÓN

101. Primer apellido	102. Segundo apellido	103. Primer nombre	104. Segundo nombre
105. Tipo documento de identidad	106. Número del documento de identidad	107. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Certificado de Afiliación

El Señor FERNEY JESUS MAYA MELO , identificado con Cédula Ciudadanía 97.420.132, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	FERNEY JESUS MAYA MELO	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	97420132	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	ACTIVO - Al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Mocoa
Dirección actual de residencia:	BARRIO DE CRA 20 ESTAPA	Depto. Residencia:	PUTUMAYO
Teléfono actual de residencia:	4200636		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
97420132	MAYA MELO FERNEY JESUS	01/01/2022	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 19 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) FERNEY JESUS MAYA MELO identificado(a) con C.C No. 97.420.132, 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 12 de enero del 2022.

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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/02/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 87067402
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 87067402	IVAN DARIO QUINTERO MARMOL

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	932	02/02/2022	CC 97420132	MAYA MELO FERNEY	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5C1AF0AE75D5EB75AE7C2A757C34DFED

Certificado impreso el día 2/1/2022 9:31:23 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO



En Bogotá

6 000 811

Línea Nacional

01 8000 941 541

Desde el celular

#533

Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo



Para solicitar asistencia internacional
desde USA / Puerto Rico/ Canadá.

786 838 07 55

Llamada por cobrar desde
cualquier otro país.

+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINISTERIO DE HACIENDA



www.positiva.gov.co



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

FERNEY JESUS

MAYA MELO

97420132

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

Referencia Bancaria

Miercoles, 12 de enero de 2022

Señores.
SENA Regional Putumayo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FERNEY JESUS MAYA MELO identificado(a) con CC 97420132, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	69220465446	2014/02/20	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.

Paula Andrea Velez Gomez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

No. PÓLIZA	NV-100059124	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	34224318	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	24/01/2022	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA NEIVA
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del		01/02/2022		24:00 Horas Del	16/04/2023		
					N/A		N/A
TOMADOR	MAYA MELO, FERNEY JESUS					No. DOC. IDENTIDAD	97.420.132
DIRECCIÓN	PITALITO					TELÉFONO	3132537993
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO					No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CR 8 NO. 7-53					TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO					No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CR 8 NO. 7-53					TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.147-2022 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR DEL EN EL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA DE DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, DE ACUERDO A LA ZONA ASIGNADA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

ASEGURADO: SENA REGIONAL PUTUMAYO UBICADO EN CRA. 23 NO. 19 - 06 BARRIO 20 DE JULIO PUERTO ASÍS TEL. 4227177

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2022	24:00 Horas Del 16/04/2023	4.170.213,00	22.571,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 4.170.213,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 22.571,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 22.571,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 5.238,00
TOTAL A PAGAR	\$ 32.809,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2022

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

[Firma Tomador]

TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

No. PÓLIZA		NV-100059124		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		34224318		No. RIESGO				
TIPO DE DOCUMENTO									FECHA DE EXPEDICIÓN		24/01/2022		SUC. EXPEDIDORA		AGENCIA NEIVA	
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA				
00:00 Horas Del		01/02/2022		24:00 Horas Del		16/04/2023		N/A		N/A		N/A		N/A		

TOMADOR	MAYA MELO, FERNEY JESUS	No. DOC. IDENTIDAD	97.420.132
DIRECCIÓN	PITALITO	TELÉFONO	3132537993
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CR 8 NO. 7-53	TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CR 8 NO. 7-53	TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.147-2022 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR DEL EN EL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA DE DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, DE ACUERDO A LA ZONA ASIGNADA EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

ASEGURADO: SENA REGIONAL PUTUMAYO UBICADO EN CRA. 23 NO. 19 - 06 BARRIO 20 DE JULIO PUERTO ASÍS TEL. 4227177

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2022	24:00 Horas Del 16/04/2023	4.170.213,00	22.571,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 4.170.213,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$
ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	AGENCIAS	100,00		22.571,00
			DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2022	TOTAL A PAGAR	\$ 32.809,00
------------------	---	---------------	--------------

PRIMA BRUTA	\$ 22.571,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 22.571,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 5.238,00
TOTAL A PAGAR	\$ 32.809,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VENCIDA Y DE LOS VASTOS GASTOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Jeffrey B.

Ángela Patricia Munar Martínez - CC. 52.646.070
Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Arzoo Patel

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LA ENTIDAD ES SOMETIDA AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARÁN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTÍNUÉ INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2022



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



EL TOMADOR/ASEGURADO

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza NV-100059124 y endoso, 0 cuyo afianzado es: MAYA MELO, FERNEY JESUS Asegurado o Beneficiario: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO , expedida por la Compañía en 24/01/2022, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA NEIVA a los 24 días del mes ENERO del año 2022.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

- CLIENTE -

Referencia de Pago No.

34224318

Fecha de Facturación	24/01/2022	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	NV-100059124	
Periodo Facturado	01/02/2022	16/04/2023

Fecha Límite de Pago	10/03/2022	
Prima (incluye gastos de expedición)	27.571,00	
IVA	5.238,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		32.809,00

EFECTIVO

\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MAYA MELO, FERNEY JESUS	
PITALITO	97420132	
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **10/03/2022** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web www.segurosmondial.com.co en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.

34224318

Fecha de Facturación	24/01/2022	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	NV-100059124	
Periodo Facturado	01/02/2022	16/04/2023

Fecha Límite de Pago	10/03/2022	
Prima (incluye gastos de expedición)	27.571,00	
IVA	5.238,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$		32.809,00

EFECTIVO

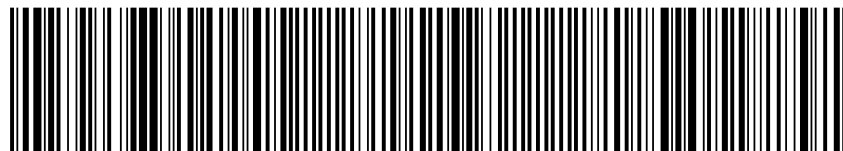
\$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	MAYA MELO, FERNEY JESUS	
PITALITO	97420132	
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1


(415)7709998434219(8020)00000034224318(3900)000000032809(96)20220310

Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2


(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990034224318(3900)000000032809(96)20220310

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES








OPCIÓN 2



BANCOS









CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Puerto Asís, 28 de febrero de 2022

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.	1.124.885.991	DANIELA ALEXANDRA MAYA POVEDA	HIJO
-------------	----------------------	--------------------------------------	-------------

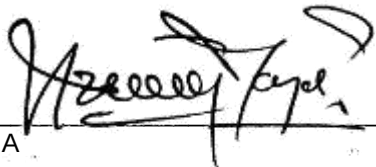
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: FERNEY JESUS MAYA MELO

C.C. 97420132

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.124.855.991**

MAYA POVEDA

APELLIDOS

DANIELA ALEXANDRA

NOMBRES

D a n i e l a

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-2009**

MOCOA
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

06-JUL-2027

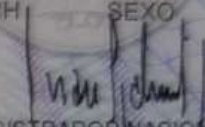
FECHA DE VENCIMIENTO

14-JUL-2017 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ F

G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHÁ



P-6400100-00929878-F-1124855991-20170808 0056921750A 1 2104528532

Mocoa. Febrero 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

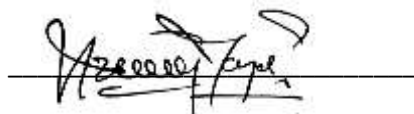
La Ciudad

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 “**sí**” 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 “**sí**” 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 (\$50.831.200)
- 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 (Mocoa) a los 28 días del mes de febrero de 2022



FERNEY JESUS MAYA MELO

C.C. 97.420.132 de Mocoa



Hace constar:

Que el Sr(a) FERNEY JESUS MAYA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 97420132 realizó el día 01/03/2022 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 FERNEY JESUS MAYA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 97420132 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 -

Validado para
VoBo medicina
laboral Putumayo
2021/2022

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

22 1 2020

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))

Ingreso ☒ Egreso ☐ Periódico ☐ Otro ☐ Altura ☐

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

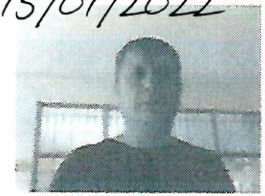
Razón Social PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo

DATOS DEL TRABAJADOR

MAYA MELO FERNEY JESUS

CC 97420132



Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género (Marque con una X) Fecha de Nacimiento Edad (años) EPS (A la que se encuentra afiliado)

Femenino Masculino ☒ 26 3 1974 45 MEDIMAS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa Cargo Sección Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)

INSTRUCTOR AREA TECNOLO SERVICIOS Y OTROS

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, Consulta de Psicología, Tamizaje de habla y voz, Visiometría, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol Total, Triglicéridos, MUESTRA DE LABORATORIO (GLICEMIA), Cuadro Hemático

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclinicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí a este(s) examen(es) están completos y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Sin Patología Aparente

☐ Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- ☒ Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- ☒ Higiene Postural
- ☒ Higiene Biomecánica Integral
- ☒ Pausas Activas Laborales
- ☒ Uso De EPP
- ☒ Cultura Del Autocuidado

Médicas

- ☐ Valoración Por Optometría Prioritaria
- ☐ Valoración Por Medicina General EPS
- ☐ Valoración Por ARL
- ☐ Valoración Por Medicina Laboral EPS
- ☐ Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- ☐ Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológico

- ☐ SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- ☐ SVE Cardiovascular
- ☐ SVE Salud Visual
- ☐ Corrección Óptica Permanente
- ☐ SVE Salud Respiratoria
- ☐ SVE Biomecánico

Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- ☒ Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- ☒ Énfasis En Estiramientos Integrales
- ☒ Nutrición Balanceada
- ☒ Cesación De Tabaquismo
- ☐ Reducción Consumo de Alcohol

Condición de Salud - Otros

dieta hipocalorica, énfasis en ejercicio aeróbico (caminata) progresivo y vigoroso. Sobrepeso, % de grasa 26.2.

Evaluated por

Firma

Nombre

Registro

MOHAMED ENRIQUE RODRIGUEZ SALCEDO

44647/11

Trabajador

Firma

Nombre

Documento

MAYA MELO FERNEY JESUS

CC 97420132

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

- 1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
- 2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica". "En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
- 3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

VALORACIÓN PSICOLOGICA

FECHA: 22-01-2020

DATOS GENERALES:

NOMBRES Y APELLLIDOS :	FERNEY JESUS MAYA MELO
EDAD:	45
FECHA DE NACIMIENTO:	26 MARZO 1974
LUGAR DE NACIMIENTO:	SIBUNDOY (P)
ESTADO CIVIL:	CASADO
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL EN SISTEMAS
DIRECCION DOMICILIARIA:	BARRIO OBRERO 2 - MOCOA

EVALUACION: INGRESO (X) PERIODICO () EGRESO ()

DATOS OCUPACIONALES:

EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajo)

Nombre de la empresa: SENA

Actividad de la empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Actividad de trabajo: INSTRUCTOR

ANTECEDENTES LABORALES:

Anteriormente trabajaba con SENA, aproximadamente durante 3 años, desarrollando procesos de formación, para ello ha realizado procesos de planeación grupal, para poder diseñar las clases, además de ello se realizan guías de aprendizaje y se desarrollan procesos de clase teórico práctica. Además de ello ha venido desarrollando apoyo a la gestión académica, organizando todo lo concerniente a los diseños curriculares y actividades que se requieran desarrollar en la sede de Mocoa.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Vive actualmente con su esposa de 47 años que trabaja en una institución educativa en el área administrativa, además con sus dos hijos de 18 y 10 años, que se encuentran actualmente estudiando, el hombre en la Universidad y la niña que ingresa éste año a bachillerato.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (durante el tiempo de trabajo): Establece que nunca, ni AT ni EL.

HABITOS: Establece que no fuma, toma ocasionalmente, cada dos meses aproximadamente, además establece que practica deporte uno o dos días en semana.

EXAMEN MENTAL:

FUNCIONES CONDUCTUALES:

- Presentación: adecuado (X) inadecuado ()
- Postura: erguida (X) encorvado ()
- Contacto visual: directo (X) esquivo ()

FUNCIONES COGNITIVAS: - Orientación: auto psíquico: adecuado (X) inadecuado ()

- Alo psíquica: adecuado (X) inadecuado ()

- Atención: normal (X) aumentada () disminuida ()

- Conciencia: vigilia (X) somnolencia () estupor ()

- Memoria: remota: adecuada (X) inadecuada ()

Reciente: adecuada (X) inadecuada ()

Inmediata: adecuado (X) inadecuada ()

Inteligencia: promedio adecuada

Apetito: disminuido () aumentado () normal (X)

Sueño: dificultad para conciliar () dificultad para reconciliar () despertar temprano () normal (X)

Conducta sexual: Sin alteraciones.

CONCLUSIONES:

AREA COGNITIVA: El trabajador se muestra colaborador, presto a resolver todas las inquietudes, la exploración autopsíquica y alopsíquica no evidencian ningún tipo de alteración. Puede establecer conexión y estructura en sus respuestas, se logra determinar herramientas acordes de comunicación, negociación y resolución de conflictos.

AREA EMOCIONAL: El consultante exterioriza capacidades de expresión de sus emociones, además puede interactuar con las mismas, se muestra tranquilo, afable, además exhibe seguridad y manejo adecuado de sus emociones.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS: se utiliza Wartegg, la prueba muestra cierta perturbación en el desarrollo de las capacidades del Yo, quizá sienta diluida o apagada su posición en su entorno, sin embargo puede defender con facilidad sus ideas; con facilidad para relacionarse, pero sobre todo en situaciones de confianza, podría ser una persona contemplativa. Se muestra como una persona que puede ser ambiciosa, que puede competir para lograr sus metas y objetivos, con claridad en cuanto a sus proyectos. Esto se puede corroborar con el gran nivel de energía vital que evidencia y su adecuado direccionamiento, es una persona que percibe de una manera sintética e integrativa, percibe las cosas de forma global. Es una persona que se puede acoger a las normas sociales e institucionales, con una muestra de aprobación para obtener protección.

OBSERVACIONES: El consultante se muestra atento, colaborativo y respetuoso, con un estado cognitivo y emocional adecuado.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

El consultante no muestra alteraciones aparentes, puede realizar sus labores, sin embargo se recomienda realizar supervisión y seguimiento constante.


Vladimir Moncayo Martínez
Psicólogo T.C. 119047
Esp. Salud Ocupacional Lic. 2473

PS. Vladimir Moncayo Martínez
Esp. Salud Ocupacional
cc. 98396264

VALORACIÓN TAMIZAJE DE HABLA Y VOZ (funcional-psicoacústico)

NOMBRES Y APELLIDOS: Ferney Jesús Maza Melo
 IDENTIFICACIÓN: 97470132 FECHA DE NACIMIENTO: 26 marzo 1974
 PROFESIÓN: Ing Sistemas LUGAR: Mocoa 22/01/2020 EDAD: 45

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

1. CARACTERISTICAS ACUSTICO PERCEPTUALES DE LA VOZ

A. TONO PERCEPTUAL

TIPO	NORMAL	GRAVE	AGUDO	IRREGULAR
CONVERSACIONAL	<u>X</u>			
PROYECTADA	<u>X</u>			
CANTADA	<u>X</u>			

B. TIMBRE

GRADO DE SEVERIDAD: LEVE, MODERADO, SEVERO.

ESTRIDENTE: _____ RONCO: _____ OTRO: Normal
 NASAL: _____ CARRASPOSO: _____
 BITONAL: _____ OPACO: _____
 DISFONICO: _____ SOPLADO: _____

C. INTENSIDAD: (PERCEPTUAL, NORMAL, AUMENTADA, DISMINUIDA, IRREGULAR).

VOZ CONFIDENCIAL: Normal
 VOZ CONVERSACIONAL: Normal
 VOZ PROYECTADA: Normal

D. RESONANCIA:

CRANEAL: _____ PECTORAL: _____ LARINGEA: X FARINGEA: _____ NASAL: _____ FACIAL: _____
 CAMBIO DE REGISTRO: _____

E. HABILIDAD FONATORIA: (TIEMPO MAXIMO DE FONACION - CRONOMETRO).

A: 28 I: 32 U: 30 PROMEDIO: 30 segundos
 Normal: X Ruptura: _____ Temblor: _____ Espasmo: _____

2. ESTRUCTURA DE OFA

ESTRUCTURA	ANATOMIA	MOVILIDAD	TONO	SENSIBILIDAD
LABIOS	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>
MEJILLAS	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>
MAXILARES	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>
VELO DEL PALADAR	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>	<u>Normal</u>

3. CARACTERISTICAS DEL HABLA

A. DICCION: CORRECTA X ALTERADA _____
 B. MODULACION: EXPRESIVA X INEXPRESIVA _____
 C. PROSODIA: NORMAL X ALTERADA _____
 D. RITMO DEL HABLA: NORMAL X LENTO _____ RAPIDO _____
 E. FLUIDEZ: NORMAL X DEFICIENTE _____
 F. EXPRESION CORPORAL: MOVIMIENTOS ASOCIADOS No
 G. HABITOS ORALES NOCIVOS: CUAL: No

CONCLUSIONES:

A la fecha 22 enero 2020, a la valoración funcional psicoacústico no se evidencian alteración en habla y voz.


 EHINERA A. MACIAS B.
 FONOAUDIOLOGO - UNICA
 RUN 11-01874
 Esp. Audiología - E.C.R
 Esp. Control Interno - Auditoria

VISIOMETRIA

9937

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

22

1

2020

MOCOA

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))

Ingreso ☒

Egreso ☐

Periódico ☐

Otro ☐

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

Razón Social

PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

MAYA MELO FERNEY JESUS

CC 97420132

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Género (Marque con una X)	Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Femenino ☐ Masculino ☒	26 / 3 / 1974	45	MEDIMAS

EVALUACION

A. AGUDEZA VISUAL				B. LENSOMETRIA			
Sin Corrección		Con Corrección		Visión Lejana		Visión Próxima	
Visión Lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Ojo Derecho	20/70	20/200					
Ojo Izquierdo	20/70	20/200					

C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (x) la casilla correspondiente según sea afirmativo o negativo)

D. ESTADO MOTOR

	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO			OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
	SI	NO	SI	NO		Normal	Anormal	Normal	Anormal
Pingüecula		☒		☒	Cover Test Visión Lejana	Ortoforia			
Resequedad Ocular		☒		☒	Cover Test Visión Próxima 40 cms	Exoforia			
Inyección Conjuntiva		☒		☒	Punto próximo de convergencia	15 CMS			
Hiperemia Conjuntival		☒		☒	Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda				
Ptois Palpebral		☒		☒	Estereopsis	200"			
Ptosis		☒		☒	Visión Cromática	NORMA			
Secreción Ocular		☒		☒	Campo Visual	X			
Edema Palpebral		☒		☒		X			
Blefaritis		☒		☒		X			

OBSERVACIONES

DIAGNOSTICOS (Marque con una (x) según corresponda)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia			Problema de Refracción No Corregido		
Miopia					
Hipermetropia			Problema de Refracción Adecuadamente Corregido		
Astigmatismo					
Presbicia			Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido		
Ambliopia					
Problema de Motilidad			No requiere corrección		
Insuficiencia de Convergencia					

RECOMENDACIONES (Marque con una (x) según corresponda)

Control en un año	Corrección óptica con anteojos	Valoración por ortoptica
Control en seis meses	Corrección óptica con lentes de contacto	Valoración por oftalmología

OBSERVACIONES

USO DE CORRECCION OPTICA Y PROTECCION VISUAL

Evaluado por	Aspirante o Trabajador (Autorizó la práctica de este examen)
Firma	Firma
Nombre	Nombre
Región	Documento



Francisca Lida Teran Acosta

51609530

LABORATORIO BUITRAGO S.A.S

ID pac: 97420132 Apellido: MAYA MELO Nombre: FERNEY Sexo: Varón
 Edad: 45Ed Fech nac: Dpto: PUTUMAYO N° cama:
 ID muestr: 42 Hora prue: 22-01-2020 09:36 Modo: WB CBC+DIFF
 Diag cli:

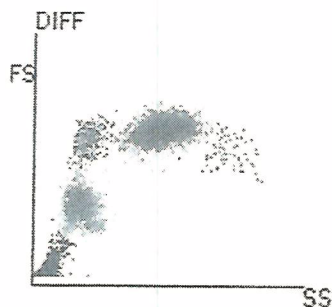
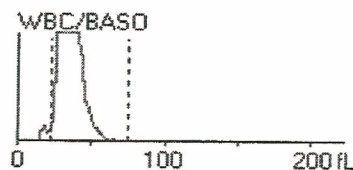
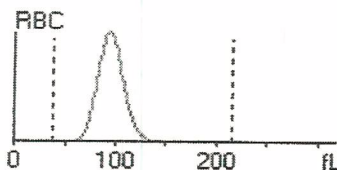
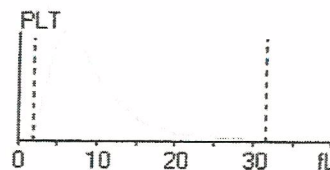
Parámetro	Result Unid	Rango ref
WBC	6.64 x10³/uL	4.00 - 10.00
Neu%	65.2 %	50.0 - 70.0
Lym%	27.8 %	20.0 - 40.0
Mon%	5.4 %	3.0 - 12.0
Eos%	1.2 %	0.5 - 5.0
Bas%	0.4 %	0.0 - 1.0
Neu#	4.33 x10 ³ /uL	2.00 - 7.00
Lym#	1.85 x10 ³ /uL	0.80 - 4.00
Mon#	0.36 x10 ³ /uL	0.12 - 1.20
Eos#	0.08 x10 ³ /uL	0.02 - 0.50
Bas#	0.02 x10 ³ /uL	0.00 - 0.10
RBC	4.70 x10⁶/uL	4.00 - 5.50
HGB	14.9 g/dL	12.0 - 16.0
HCT	45.5 %	40.0 - 54.0
MCV	96.9 fL	80.0 - 100.0
MCH	31.8 pg	27.0 - 34.0
MCHC	32.8 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	11.9 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	48.4 fL	35.0 - 56.0
PLT	253 x10³/uL	150 - 300
MPV	8.7 fL	6.5 - 12.0
PDW	16.2	9.0 - 17.0
PCT	0.220 %	0.108 - 0.282
* ALY%	0.2 %	0.0 - 2.0
* LIC%	0.0 %	0.0 - 2.5
* ALY#	0.01 x10 ³ /uL	0.00 - 0.20
* LIC#	0.00 x10 ³ /uL	0.00 - 0.20

Señ WBC

Señ RBC

Señ PLT

"*" sólo uso en investigación, no para diagnóstico



Diana Zorobal
BACTERIC
78 034

Entreg: Operador: Ingeniero repar Valida: Impr hora: 22-01-2020 09:37:20
 Hor traz: Hor entr:
 Coment:

LABORATORIO BUITRAGO S.A.S

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

NIT 900591581-7 REG.COMUN Resolución No 18762012488670

Fecha 24/01/2019 Numer Autorizada 35001- 62000

Av. San Francisco Cra 14 No 13-08 Cel: 3183686311- 4200581

Fecha: 22/01/2020 3:05 p. m.

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: FERNEY MAYA MELO

Edad: 45 A Sexo: M Identificación: 97420132

Teléfonos: 3122415526

Empresa: SIGO S.A.S.

Recepción: 127207

Sala: N/A

Fecha rcp: 22/01/2020 9:31:50 a. m.

Médico: No Asignado

INTERPRETACION

PERFIL DE LÍPIDOS	Resultado	Valores de referencia
1 Colesterol total sérico	162 mg/dl	0.0 a 200 mg/dl
2 Colesterol H.D.L	41.2 mg/dl	35 a 55 mg/dl
3 colesterol L.D.L	104.8 mg/dl	80 a 130 mg/dl
Riesgo moderado mayor de 150 mg/dl		
Alto riesgo mayor a 150.0 mg/dl		
Colesterol V.L.D.L	17 mg/dl	20 a 72 mg/dl
4 Triglicéridos sérico	84.7 mg/dl	0.0 a 170 mg/dl
Quimica		
5 Glucosa sanguínea	104 mg/dl	70 a 110 mg/dl

LABORATORIO BUITRAGO S.A.S

QUIMICA 26,2 %

Software Baxlab v20161109	Página 1 de 3	Nro. De Recepción	01 feb. 2019 10:33:45 am	11768
Sexo M	Edad 38A 0M 0D	Fecha De Recepción	SIN SUBENTIDAD	ASIGNADO NO.
Camra	Médico	Subentidad	Medico	ASIGNADO NO.
RESULTADOS	Imreso	01 feb. 2019 10:42:47 am	PRINCIPAL	FLORIANO LOPEZ CRISTIAN ANYELO
Identif.	CC 18103882	Teléfono 31863336096	ENTIDAD	PARTICULAR UNIMEDICAL DEL SUR SAS
Sala	CONSULTA EXTERNA			

Cr.26 Calle 10 No.25 - 23 Esquina barrio el Carmen Tel: (8) 4228783 - 3138931521 - 3143264577 Sede mocca Barrio Villa Natalia 2 Piso Samisalud cra 7b No 17B - 40 Tel 3134127481

UNIMEDICAL DEL SUR SAS
UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO
NIT 900556205 - 4

