

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	15
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro	911110
	CENTRO MINERO-BOYACÁ		Fecha Elaboración	Junio de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	65685-644172
			No. de documento	118941

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ	C.C.	74.184.826
Correo electrónico contratista:	ijalbarracing@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3218898562
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	35830741991
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:	2560168/2021	N° Compromiso SIIF	42421
Valor Total del Contrato	\$ 17.064.267	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 17.064.267	Periodo objeto de pago	Del 03/06/2021 Al 30/06/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 14.380.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: OBJETO INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL PROCESO DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, EN LAS AREAS DE JOYERIA. RADICADO 9-2021-002652	
(Descripción del servicio prestado)			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.684.267	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.684.267	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.582.305	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.073.707	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 1.582.305,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 134.300	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 2.378.167,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 171.800	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 11.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8541 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 268.427		0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 527.435		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
		VALOR A PAGAR	\$ 2.684.267,00

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
orientar formación en las fichas 2270624, 2270625 y 2270637 3n las I.E. VADO CASTRO, JULIO FLOREZ Y SAN MARTIN DE TOURS acompañamiento y evaluación etapa practica de las fichas 2073309 y 2073310, en las I.E. VADO CASTRO Y JULIO FLOREZ respectivamente.	

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.	IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	Autorizo el presente pago. El Supervisor, ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ INSTRUCTOR

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

EL ORDENADOR DEL PAGO

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. RÉGIMEN
C. Contributivo ☒ 5. Subsidiado ☐

4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐

5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

CÓDIGO _____ FECHA DE LA SOLICITUD 1 6 2021

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO ALBARRACÍN SEGUNDO APELLIDO GONZÁLEZ PRIMER NOMBRE IVÁN SEGUNDO NOMBRE JAVIER

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. ☒ C.E. P.A. C.D. S.C. 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 74184826 9. SEXO F ☒ M ☐ 10. FECHA NACIMIENTO 27 1 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO _____ 12. DISCAPACIDAD Tipo F N M Condición T P 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN 49 - 2 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL _____ 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES PROTECCION. \$1'000.000 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC TR 26 # 30-143 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ZONA U. ☒ R. ☐ LOCALIDAD / COMUNA BARRIO

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES CUBANO / MUNICIPIO DEPARTAMENTO TELEFONO FIJO TELEFONO MOVIL CORREO ELECTRÓNICO CÓDIGO IPS
SOGAMOSO BOYACA 3218848562 ivanj.albarracin@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 22. SEXO F M 23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 26. NÚMERO DE IDENTIDAD 27. SEXO 28. FECHA DE NACIMIENTO 29. PARENTESCO 30. ETNIA 31. DISCAPACIDAD

32. DATOS DE RESIDENCIA 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS) 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) 35. NIVEL DE SISBEN 36. GRUPO POBLACIONAL

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

35. Nombre o Razón Social 36. Tipo documento de identidad 37. Número documento de identidad DV 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN CIUDAD / MUNICIPIO DEPARTAMENTO TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA MES AÑO CARGO SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
13. MOVILIDAD ☐
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO ☐
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD SEXO F M FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO 43. EPS ANTERIOR Código 44. MOTIVO DE TRASLADO Código 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la separación de los cónyuges.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación o la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración de ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio Código del departamento 67. Datos del SISBEN
Número de ficha Puntaje Nivel 68. Fecha de radicación 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre
Tipo documento de identidad Número del documento de identidad 71. 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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

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

T.I.	1021392373	Nicolas Albarracín Laverde	HIJO
T.I.	1011095783	Valeria Albarracín Laverde	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: Iván Javier Albarracín González

C.C. 74.184.826

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1021392373

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35711406

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 10	Corrección ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 78 6 1
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
COLOMBIA - BOGOTÁ, D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
ALBARRACIN		LAVERDE	
Nombre(s)			
NICOLAS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año: 2004	Mes: MAR	Día: 04	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)		Factor RH	"O" POSITIVO
COLOMBIA - BOGOTÁ, D.C.			

Tipo de documento entregado o Declaración de hechos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5463087

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LAVERDE ROJAS CAROLINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 46.385.955 SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 74.184.826 SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74.184.826 SOGAMOSO	

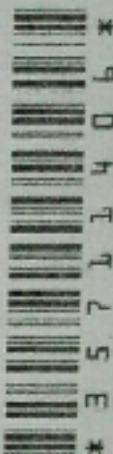
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que inscribe
Año: 2004 Mes: MAR Día: 05	NORBERTO SALAMANDRA



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 4 0466509

NUIP 10110957B3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura	☐	Nobis	☒	Número	38	Comunado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 1 F
--------------	--------------------------	-------	-------------------------------------	--------	----	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o inspección de Policía

COLOMBIA - BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	ALBARRACIN	Segundo Apellido	LAVERDE
Nombre(s)			
VALERIA			

Fecha de nacimiento				Sexo (en letra)		Grupos sanguíneos	Factor RH
Año	2	0	0	6	Me	A G D	2 7
				FEMENINO		D	POSITIVO

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o inspección de Policía

COLOMBIA - BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento presentado para Declaración de Registro	Número de certificado de nacimiento
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CL. PALERMO	A. 7081502

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LAVERDE ROJAS CAROLINA	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 46385955	Nacionalidad
	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 74184826	Nacionalidad
	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 74184826	Firma

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
	Firma

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que declara	
Año	2	0	0
Me	A	B	O
Ch	2	B	
		Nombre y firma	

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

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Hace constar:

Que el Sr(a) IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 74184826 realizó el día 14/06/2021 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 IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 74184826 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.

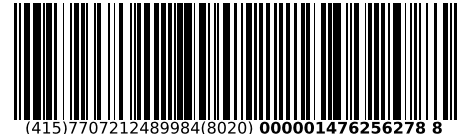
Firma

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14762562788



(415)7707212489984(8020) 000001476256278 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

7 4 1 8 4 8 2 6 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Sogamoso

14. Buzón electrónico

2 6

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Mantenimiento y reparacion de vehiculos automotores	5 0 2 0
162. Nombre del establecimiento MONTAJE TECNICO LAVADO		
163. Departamento Boyacá	164. Ciudad/Municipio Sogamoso	7 5 9
165. Dirección CARRERA 20 7 20		
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 4 5 5 5 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 8 0 2 0 8	
168. Teléfono 3 0 1 2 1 8 9 5 2 2	169. Fecha de cierre 2 0 1 4 0 9 1 2	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	



OCUPAR Salud
SAS IPS

Nit: 900596819-7 Licencia en Salud Ocupacional 627-19-04-13.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE DEL PACIENTE		IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ					
CC.	74.184.826	EMPRESA		SENA			
SEXO	M	EDAD	40 a	FECHA	03-ABRIL-2019	CARGO	INSTRUCTOR JOYERIA

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito, dentro del examen Ocupacional solicitado por Ustedes, con el siguiente resultado, después de la valoración médica: Ingreso ☒ Periódico ☐ De base ☐

DIAGNÓSTICO(S):

AUDIOMETRIA	--
OPTOMETRIA	Normal
VISIOMETRIA	--
ESPIROMETRIA	--
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO	--
RADIOGRAFIA DE TORAX	--
RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR	--
ELECTOCARDIOGRAMA	--
VACUNAS	--
EVALUACION MEDICA PRE OCUPACIONAL (Énfasis Osteomuscular)	Sin alteraciones.
TEST PSICOLOGICO	Favorable

RESULTADOS VALORACIÓN:

Sin restricciones para el cargo

☐

Trabajo en Alturas

☐

Con restricciones para el cargo

☐

Trabajo en temperaturas extremas

☐

Aplazado

☐

Espacios confinados

☐

Manipulación de alimentos

☐

Tipo de restricciones o causa de aplazamiento:

RECOMENDACIONES:

1. Uso de E.P.P, hábitos de vida saludables, pausas activas.

ADRIANA ARCINIEGAS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. 1430
ELSA ADRIANA ARCINIEGAS OCHOA
MD. Ocupacional.
R.M. 009665 Lic. S. O. RES 1430

Firma del Trabajador

Solamente valido en original



DRA ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA

LABORATORIO CLÍNICO

NIT: 33378198-2

CONTACTOS

3118327977 - 7426398
emilena250@hotmail.com
Carrera 7 # 8 - 69 Local 234
Sogamoso (Boyacá)
Carrera 9 # 22 - 10 Cons. 101
Tunja (Boyacá)

RESULTADO(S) LABORATORIO CLÍNICO

PACIENTE: IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ	TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 74184826	FECHA NACIMIENTO: 27/01/1979	EDAD: 40 año(s) 2 mes(es) 7 día(s)
GÉNERO: Masculino	INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA: PARTICULAR		TIPO PLAN: Otro	TIPO VINCULACIÓN: No Aplica

DESCRIPCIÓN

FECHA INGRESO: 03/04/2019
FECHA RESULTADO: 03/04/2019

HEMATOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO: HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO (902209)

TÉCNICA: MANUAL

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
ERITROCITOS	5.33 m/uI	4,50 - 6,20 m/uI
HEMOGLOBINA	15.2 g/dl	11,0 - 17,0 g/dl
HEMATOCRITO	47.8 %	35 - 55 %
VCM	89.6 fl	80 - 100 fl
HCM	26.6 fl	26,0 - 34,0 fl
MCHC	29.7 g/dl	31 - 35,5 g/dl
RDW	10.1 %	10,0 - 18,0 %
LEUCOCITOS	7300 /mm3	4000 - 12000 /mm3
LINFOCITOS	38.6 %	25 - 50 %
NEUTROFILOS	53.5 %	50 - 80 %
MONOCITOS	7.9 %	0 - 10 %
RECUENTO DE PLAQUETAS	286000 /mm3	150000 - 450000 /mm3

QUÍMICA SANGUÍNEA

LABORATORIO CLÍNICO: GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (903841)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
GLICEMIA BASAL	79.8 mg/dl	70 - 110 mg/dl

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL TOTAL (903818)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	293.0 mg/dl	MENOR A 200 mg/dl

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] (903815)

TÉCNICA: No Aplica

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL HDL	45.7 mg/dl	MAYOR A 50 mg/dl



DRA ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA

LABORATORIO CLÍNICO

NIT: 33378198-2

CONTACTOS

3118327977 - 7426398
emilena250@hotmail.com
Carrera 7 # 8 - 69 Local 234
Sogamoso (Boyacá)
Carrera 9 # 22 - 10 Cons. 101
Tunja (Boyacá)

LABORATORIO CLÍNICO: TRIGLICÉRIDOS (903868)

TÉCNICA: CROMATOGRAFÍA

RESULTADO(S)		
PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
TRIGLICERIDOS	164.3 mg/dl	MENOR A 150mg/dl

VARIOS

LABORATORIO CLÍNICO: COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO (903816)

TÉCNICA: No Aplica

RESULTADO(S)		
PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLESTEROL LDL	214.4 mg/dl	MENOR A 130mg/dl

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA
Bacteriología y Laboratorio Clínico
Registro Profesional: 1720/2011

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

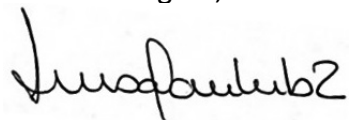
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ, con Cédula Ciudadanía No. 74184826 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 02/06/2021, para el contrato registrado con fecha desde 02/06/2021 y fecha hasta 30/11/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101649825.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de junio de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Lunes, 31 de Mayo de 2021

Señores
SENA-CENTRO MINERO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ identificado(a) con CC 74184826, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	35830741991	2014/09/10	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 Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:			Sucursal:			Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
SOGAMOSO			AGENCIA SOGAMOSO			51		51-46-101009828		0	
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:		A las:	
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Tipo Movimiento:
02	06	2021	03	06	2021	00:00	30	03	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO		Identificación: 74184826	
Nombre o Razón Social: ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER		Teléfono: 3218898562	
Dirección: TV 26 NRO. 30 - 143		Ciudad: SOGAMOSO - BOYACA	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO		Identificación: 899999034-1	
Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Teléfono: 7721313	
Dirección: CENTRO MINERO - VDA MORCA KM 7 SECTOR BATÁ		Ciudad: SOGAMOSO - BOYACA	

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.2560168 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO MINERO, EN EL PROCESO DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, EN LAS ÁREAS DE JOYERÍA, DE ACUERDO CON EL MODELO PEDAGÓGICO SEGÚN TÉRMINOS, CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES EXPRESAS EN EL CONTRATO

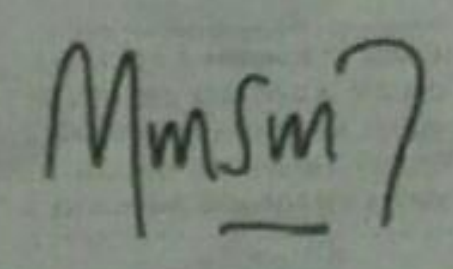
AMPAROS			
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
AMPAROS:	03/06/2021	30/03/2022	\$ 1,706,426.70
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO			
OBSERVACIONES:			

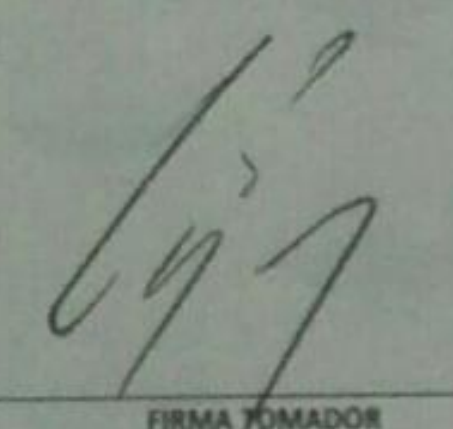
Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 15,000.00	\$ 8,000.00	\$ 4,370.00	\$ 27,370.00	\$ 1,706,426.70	02/06/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CLASS ASESORES DE SEGUROS LTDA	93098	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 CARRERA 10 NO. 14-130 L104 EDIF GEMINIS II - Teléfono: 7731957 - SOG







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

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 40-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

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



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 51-46-101009828, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en SOGAMOSO, a los 2 días del mes de Junio de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

PUNICA 01

RAMIREZ Impresores S.A.S. PRE: 3110255 NIT. 860.350.626-1



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.51-46-101009828**

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO 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, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A 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 OCACIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

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

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO 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 CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL 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, PREVALECEERÁN 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.

CLASS



Asesores de Seguros Ltda.

NIT: 900130549-3

CLASS

Asesores de Seguros Ltda.

Calle 12 No. 10-88 - Local 210 -
Edificio Esquina del Sol - Telefax: 770 10 27
Sogamoso, Boyacá

RECIBO DE CAJA

No. 03779

Ciudad y Fecha: Sogamoso, Junio 2/2021

Nombre: Ivon Javer Albornoz Gonzales

NIT. y/o C.C. 74.184.820.

Dirección: Tel:

La suma de:

Por concepto de: Póliza Completa

Estim 51-46-101009820

TOTAL \$ 27.370

Aseguradora:

Recibido: