

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	922510
	CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Fecha Elaboración	31 de Mayo de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	23705-764661
			No. de documento	86892

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		luis.roblesm@misena.edu.co		92.537.324
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		0
Es declarante de renta?		SI		
Es Pensionado?		NO		
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000		SI		
Inducción SST		SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		
Tipo de cta		AHORROS		
N° Cuenta		29129465750		
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:	2459302/2021	N° Compromiso SIIF	58721	
Valor Total del Contrato	\$ 32.000.000	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 32.000.000	Periodo objeto de pago	Del 26/04/2021 Al 30/04/2021	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 31.333.333	Comisiones	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END, EN LA CONSTRUCCIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN VIRTUAL Y A DISTANCIA DEL SENA-PLAZO 8M V/M \$4.000.000		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 666.667	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 666.667	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 435.200			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	435.200,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 302.842	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	580.267,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 37.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 48.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 1.600	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	3.482,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 145.067		VALOR A PAGAR	\$ 663.185,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			

SON: SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se participa virtualmente a las reunion de capacitación: - Abril 26, Capacitación Plantilla Base 2 - VUE JS - GITHUB				
Se participa virtualmente a las reunion de capacitación: Abril 29 capacitación en LMS Territorio				
Se participa virtualmente a las reunion de capacitación: Abril 30 capacitación en LMS Territorio				
Se participa virtualmente en la reunión de asignación de tareas y capacitación Trello				

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.	LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;	
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES 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 MANUEL CASTILLO CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02	
--	--

Se certifica que LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ identificado(a) con CC 92537324 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ CC 92537324

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2021-04	2021-04	959332908	9418681716	I	2021-05-12								X									
Riesgo		Administradora		Días	Tarifa	IBC						Cotización										
ARL		POSITIVA		10	0.522%	\$302,850						\$1,600										
AFP		PORVENIR		10	16%	\$302,850						\$48,500										
EPS		SANITAS		10	12.5%	\$302,850						\$37,900										

Este certificado se expide el día 2021-05-12 a las 10:21



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 86.293

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	04 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				SENA			
Nombre de la empresa				Empresa usuaria			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	40 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS	CC	92537324
Cargos						Tipo	Número
DESARROLLADOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				CUADRO HEMÁTICO			
OPTOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOLÓGICA			
GLICEMIA				EVALUCION FONOAUDIOLOGICO			
PARCIAL DE ORINA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE HIZO ENFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR SIN DETECTAR SIGNOS CLINICOS DE PATOLOGÍA EN ESTE SISTEMA QUE INTERFIERA CON LA LABOR A REALIZAR. SE RECOMIENDA MANTENER ESTILOS DE VIDA Y LABORALES SALUDABLES. IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, DISMINUCIÓN DE SAL Y AZÚCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MNIMO 3 VECES POR SEMANA). MANTENER HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA LABORAR.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ROMERO GARCIA WALTER FERNANDO				Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN			
R. M.: 9898 L.S.O.: 9227				CC: 92537324			

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD****IPS S.A.S.**

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

**RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO****DATOS PERSONALES**

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha: 17/04/2021

CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Fecha de Nacimiento: 07/05/1980 Edad: 40 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CRA 34# 35-19 APT 604 Teléfono: Celular: 3046541111

Nombre de la Empresa: PARTICULARES Empresa en Misión: SENA

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

RESULTADO DE GLICEMIA

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
GLICEMIA	92	70 - 110 mg/dl

Bacteriólogo**Paciente**

Firma:

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

RM: T.P 02972/08

Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

CC: 92537324

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD****IPS S.A.S.**

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

**RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO****DATOS PERSONALES**

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha: 17/04/2021

CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Fecha de Nacimiento: 07/05/1980 Edad: 40 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CRA 34# 35-19 APT 604 Teléfono: Celular: 3046541111

Nombre de la Empresa: PARTICULARES Empresa en Misión: SENA

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	200	< 200 mg/dl
COLESTEROL HDL	43	> 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	126	< 150 mg/dl
COLESTEROL LDL	132	< 100 mg/dl
COLESTEROL VLDL	25	< 80 mg/dl

Bacteriólogo**Paciente**

Firma:

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

RM: T.P 02972/08

Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

CC: 92537324



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha: 17/04/2021

CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Fecha de Nacimiento: 07/05/1980 Edad: 40 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CRA 34# 35-19 APT 604 Teléfono: Celular: 3046541111

Nombre de la Empresa: PARTICULARES Empresa en Misión: SENA

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

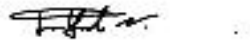
RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO

CUADRO HEMATICO TIPO IV	VALOR	VALOR REFERENCIA
RECUESTO GLOBULOS BLANCOS	7.09	5 - 11 $10^9/L$
HEMATOCRITO	49.61	34 - 54 %
HEMOGLOBINA	16.9	11.5 - 17.3 g/dl
RECUESTO GLOBULOS ROJOS	5.97	3.8 - 5.8 $10^{12}/L$
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	83	84 - 98 fl
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.4	27.5 - 32.4 pg
PLAQUETAS	322	156 - 342 $10^9/L$
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.5	8.3 - 12 fl
GRANULOCITOS %	44.0	43.6 - 73.4 %

LINFOCITOS %	48.5	19.1 – 48 %
MIXTAS %	7.5	4.5 – 12. 1 %

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

RM: T.P 02972/08

Paciente

Firma:



Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

CC: 92537324



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900374091-1

Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas

Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha: 17/04/2021

CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Fecha de Nacimiento: 07/05/1980 Edad: 40 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS

Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: CRA 34# 35-19 APT 604 Teléfono: Celular: 3046541111

Nombre de la Empresa: PARTICULARES Empresa en Misión: SENA

Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente: Parentesco:

RESULTADO DE PARCIAL DE ORINA

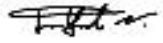
ANALITO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
ANALISIS FISICO		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	
DENSIDAD	1005	
Ph	8.0	
ANALISIS QUIMICO		
LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu / uL
NITRITOS	NEGATIVO	Positivo/Negativo
PROTEINAS	+	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl

CETONAS	NEGATIVO	mg/dl
UROBILINOGENOS	NEGATIVO	mg/dl
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg/dl
ERITROCITOS	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	mg/dl
ANALISIS MICROSCOPICO		
CELULAS EPITELIALES ALTAS		XCampo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	0-2	XCampo
LEUCOCITOS	0-2	XCampo
HEMATIES		XCampo
BACTERIAS	ESCASAS	XCampo
MOCO	+	XCampo
LEVADURA		XCampo
PIOCITOS		XCampo
ESPERMATOZOIDES		XCampo
CRISTALES URATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES FOSFATOS AMORFOS		XCampo
CRISTALES OXALATO DE CALCIO		XCampo
CRISTALES FOSFATOS TRIPLE		XCampo
CRISTALES ACIDO URICO		XCampo

OBSERVACION

Bacteriólogo

Firma:



Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY

RM: T.P 02972/08

Paciente

Firma:



Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

CC: 92537324



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 74,381

Fecha: 17/04/2021 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Edad: 40 AÑOS 1
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: DESARROLLADOR Empresa: SENA
Eps: Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMI F. Último Examen: HACE 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: OPTICA LAFAM Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES OCULARES

DISMINUCIÓN AV VL REFIERE SIN RX

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 70	0.5M	N/A	NO APLICA		20/ 20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/70	0.5M	N/A	NO APLICA		20/ 20	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/ 70	0.5M	N/A	NO APLICA		20/ 20	0.5M

RETINOSCOPIA

O.D: -2.00 -2.00 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5
O.I: -2.00 -2.00 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5

TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: NORMAL 14 LAMINAS CORRECTAS

ESTEREOPSIS TITMUS: NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO

EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: LEVE HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS AO

EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: VL Y VP ORTHO

OFTALMOSCOPIA

O.D: FOAN

O.I: FOAN

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DISPOSICION

CONTROL EN 1 AÑO

CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

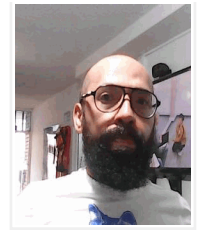
EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS.

OPTOMETRA

Firma: Zully Sanchez
Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA
R. M.: 1369 L.S.O.:

PACIENTE

Firma: Luis Fabian Robles
Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN
CC: 92537324



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 72177

Fecha: 17/04/2021 Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
Tipo Examen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: _____
CC: 92537324 Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN Edad: 40 AÑOS 11 Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 07/05/1980 Empresa: SENA Ocupacion: DESARROLLADOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
7 STRATEGY	DISEÑADOR MULTIMEDIA	SILICONA	NO APLICA	10	0

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	OCASIAONAL
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	NO REFIERE
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA 42 F. Última Calibración: 2020-11-04

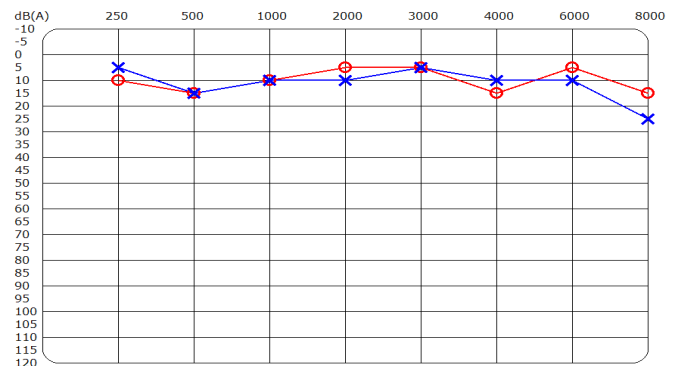
○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: CAE DESPEJADO MT INT

Oído izquierdo: CAE DESPEJADO MT INT

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	15	10	5	5	15	5	15
VAOI	5	15	10	10	5	10	10	25



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
AA233	AUDICION NORMAL BILATERAL	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

AUDICIÓN DENTRO DEL RANGO NORMAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: TELLEZ GARCIA FRANCIS MARCELA

R. M.: 000980

L.S.O.: _____

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

CC

92537324

30/05/20



IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

VALORACION FONADIOLOGICA

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:		Identificación	Fecha:
Roberto Méndez Lull Fabra		92.537324	17 Abril 2021
Tipo de Examen:		Edad:	Empresa:
Valoración de voz Ingreco		40 años	Particular

II. EVALUACION

HABLA

ORGANOS FONOAUTICULADORES:

Labios ☒ Lengua ☒ Dientes ☒ Paladar Duro ☒ Paladar Blando ☒ Uvula ☒ Maxilares ☒

ARTICULACION: Adecuada ☒ Inadecuada: ☐

PROCESOS MOTORES BASICOS

RESPIRACION:

Modo: Nasal ☒ Bucal ☐ Mixto ☐

Tipo: Cavicular ☒ Abdominal ☐ Costodiafragmatico ☐

Frecuencia: Hombre (16-18) 18" Mujer (18-20) ☐

RESONANCIA:

Normal ☒ Hipernasalidad ☐ Hiponasalidad ☐

FONACION:

Intensidad: Normal ☒ Aumentada ☐ Disminuida ☐

Tono: Normal ☒ Bajo ☐ Alto ☐ Monotono ☐

Timbre: Normal ☒ Disfonico ☐ Nasalizado ☐

Coordinacion Fono-respiratoria: Adecuada ☐ Inadecuada ☐

Tiempo de Fonacion: 23'4 - 22'2

PROSODIA

Ritmo: Normal ☒ Bradilalico ☐ Taquilalico ☐

Entonacion y Acentuacion: Adecuada ☒ Inadecuada ☐

AUDICION: Normal ☒ Alterada ☐

OTOSCOPIA: OD Normal OI Normal

Diagnostico: Rendimiento vocal adecuado.

FONOAUDIOLOGO

France Marcela Tellez
Fonoaudiologa
R.M. 000980

PACIENTE



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



EMPRESA: SENA

1. Datos Personales

Nombres y Apellidos: ROBLES MENDEZ LUIS FABIAN

Identificación: C.C.Nº: 92.537.324

Edad: 40 AÑOS

Fecha de Evaluación: ABRIL 17 DEL 2021

Nivel de Escolaridad: UNIVERSITARIO

Dirección: CRA 34# 35-19 APT 604

2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica - **16PF-5:** Prueba Objetiva de Personalidad

Los resultados de la prueba, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar la prueba.

A continuación se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

El señor Luis Fabian, posee un buen funcionamiento intelectual de planificación, juicio y actitudes organizativas, se observa cierta flexibilidad, tiene sentido común y criterio práctico, y posee buena capacidad de argumentación. Su pensamiento se adecua a la realidad compartida. Posee pensamiento sintético, que es la capacidad de captar situaciones en un todo, en conjunto, como un solo concepto.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

Se vislumbra que en ocasiones controla sus sentimientos y en otras no lo logra. Su tolerancia a la frustración está dentro de lo normal, al igual que su estabilidad emocional. En algunas ocasiones se deja afectar por los sentimientos, logrando en otras el control de los mismos.

En el área relacional el evaluado muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Muestra ser una persona con capacidad para lograr relaciones interpersonales de manera afable, expresando apertura en cuanto a la expresión emocional y afectiva, pudiendo demostrar un trato cordial y afectuoso.



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
 SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
 NIT. 900374091-1
 Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
 Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



3. CONCLUSION

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: El evaluado tiende a ser emocionalmente estable, racional, tradicional y seguro. Con respecto a la motivación, esta pronto a alinearse con los objetivos de un grupo u organización.

COMPETENCIAS DE PERSONALIDAD ANALISIS DEL 16PF

	EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA	DECATIPO										EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
A	FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE,						X					CALIDA, AFABLE, GENEROSA
B	DE PENSAMIENTO CONCRETO						X					DE PENSAMIENTO ABSTRACTO
C	REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE					X						EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA.
E	COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS							X				DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA
F	SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE						X					ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA
G	DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE								X			ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE.
H	TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA						X					EMPRENDEDORA, ATREVIDA Y SEGURA EN LO SOCIAL
I	OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL				X							SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA
L	CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA						X					VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA.
M	PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA					X						ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA
N	ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA				X							PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA
O	SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA				X							APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA
Q1	TRADICIONAL, CONSERVADORA			X								ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA.
Q2	SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO						X					AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA
Q3	FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN							X				PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA
Q4	AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA						X					TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE

ELABORADO POR:

Emilce Sanchez Garcia

Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
 Psicólogo Reg.121503
 Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246

FIRMA:



Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92537324 realizó el día 10/05/2021 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 LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92537324 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 -

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 92537324
NOMBRES Y APELLIDOS	Robles Mendez,Luis Fabian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Robles Mendez,Luis Fabian, a los 20 días del mes de abril del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **92.537.324**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Certificado Bancario

Lunes, 29 de Marzo de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ identificado(a) con CC 92537324, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	29129465750	2006/11/22	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia

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

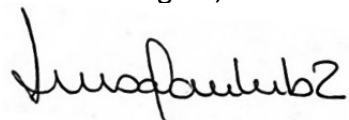
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ, con Cédula Ciudadanía No. 92537324 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 27/04/2021, para el contrato registrado con fecha desde 26/04/2021 y fecha hasta 25/12/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101014322024.

Dada en Bogotá, a los 26 días del mes de abril de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Bucaramanga, 12 de mayo 2021.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Floridablanca

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

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

- a. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2020, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que **SI** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
- d. Por el año gravable 2020, soy una persona natural que **SI** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$49.849.800)
- e. Por el año gravable 2020, **NO** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2020, **NO** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Floridablanca,

Luis F. Robles

LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ

CC. 92537324 DE SINCELEJO

Contrato No. CO1_PCCNTR_2459302 de 2021 - CIDM

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2980163-3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13607043 expedida el día 24 de Abril de 2021 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	\$	\$40,000
Impuestos	\$	\$7,600
Total	\$	\$47,600

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 24 días del mes de Abril de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 2980163-3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 13607043 expedida el día 24 de Abril de 2021 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 24 días del mes de Abril de 2021.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)



Ciudad y Fecha de Expedición BUCARAMANGA, 24 DE ABRIL DE 2021	Póliza 2980163-3	Documento 13607043
Intermediario S.M.Z. SEGUROS LTDA	Código 1301	Oficina 2450
		Referencia de Pago 01213607043

TOMADOR

CEDULA 92537324	Razón Social y/o Nombres y Apellidos LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ
Dirección CARRERA 34 # 35-29 APT 604	Ciudad BUCARAMANGA
	Teléfono 6000000

GARANTIZADO

CEDULA 92537324	Nombres y Apellidos LUIS FABIAN ROBLES MENDEZ
--------------------	--

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT 8999990341	Nombres y Apellidos SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
-------------------	---

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26-ABR-2021	25-ABR-2022	3.200.000,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
26-ABR-2021	25-ABR-2022	364	26-ABR-2021	25-ABR-2022	\$40.000	\$7.600	\$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS

CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de: POLIZA NUEVA	Valor Asegurado Movimiento \$3.200.000	Prima Anual \$9.600	Total Valor Asegurado \$3.200.000,00
-------------------------------	---	------------------------	---

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO 012	PRODUCTO NDX	OFICINA 2450	USUARIO CUM001	OPERACIÓN 01	MONEDA PESO COLOMBIANO	COASEGURO DIRECTO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
-------------	-----------------	-----------------	-------------------	-----------------	---------------------------	----------------------	---------------------	--------------------------

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO 1301	NOMBRE DEL PRODUCTOR S.M.Z. SEGUROS LTDA	COMPAÑÍA SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	CATEGORÍA AGENCIAS	%PARTICIPACIÓN 100,00	PRIMA 40.000
----------------	---	---	-----------------------	--------------------------	-----------------

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestación de servicios
SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS #
C01.PCCNTR.2459302 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE
APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END, EN LA
CONSTRUCCIÓN DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN
VIRTUAL Y A DISTANCIA DEL SENA. Y DEMAS GARANTIAS.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 27 # 36 - 14 CEM PISO 7
BUCARAMANGA

DOCUMENTO PROTEGIDO ELECTRONICAMENTE BAJO EL
CODIGO: 2604359737

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

- CLIENTE -

www.suramericana.com

Página 1

SEGUROS



Seguro de
cumplimiento a
favor de entidades
estatales



01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888
Desde tu celular #888

segurossura.com.co



Campo	Descripción del formato	Clausulado	Nota técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza.	01/01/2017	25/06/2017
2	Tipo y número de la entidad	13-18	13-18
3	Tipo de documento	P	NT - P
4	Ramo al cual pertenece	05	05
5	Identificación interna de la proforma	F-01-12-084	N-01-012-011

Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

Este clausulado está dirigido al asegurado.



Contenido

Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

Sección II. Exclusiones

Sección III. Otras condiciones

1. Independencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo.
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos.
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

- 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.
- 1.2 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
- 1.3 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
- 1.4 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

- 2.1 La no inversión del anticipo.
- 2.2 El uso indebido del anticipo.
- 2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

- 3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
- 3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
- 3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
- 3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.



5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

6. Estabilidad y calidad de la obra

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

8. Calidad del servicio

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.

SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1

Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.

2

Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.

3

Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.

4

El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

1. Independencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

2. Suma asegurada

El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:

4.1 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

4.2 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

4.3 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-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

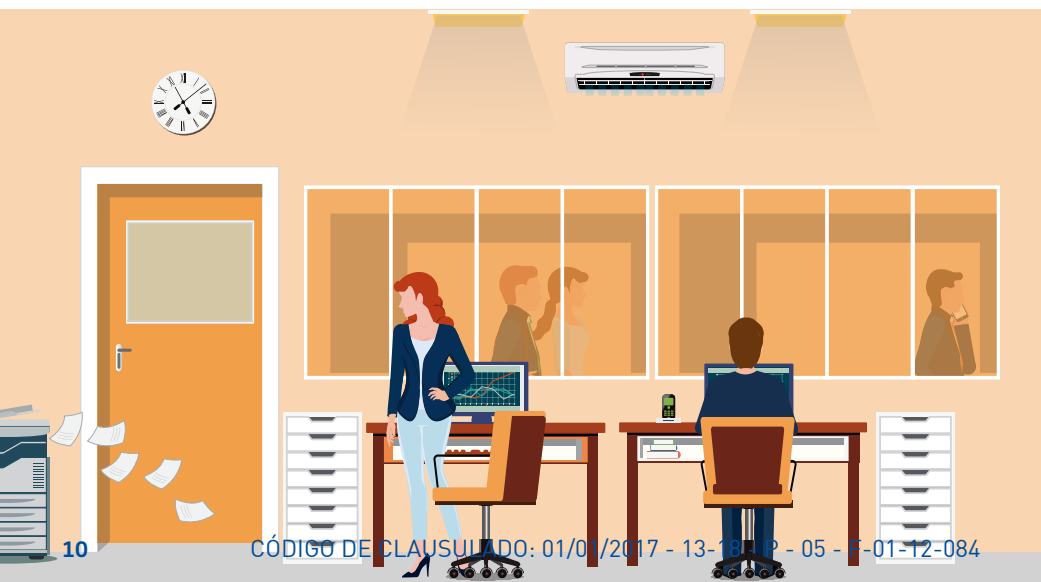
En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista-garantizado.



5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.



La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el período contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA

quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seguro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.

Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 11 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 11 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.



15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

17. Notificaciones y recursos

Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras





20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.

