SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - SERVICIOS PRESTADO
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**56339-208443**
No. de documento	**101303**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	**C.C.**	7.179.110	**IP/Nº de contacto**	82560
Correo electrónico contratista:	elversiaucho@misena.edu.co				

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:	SCOTIABANK COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		1010542819	
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

Nº del contrato:	2508742/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**27021**	
Valor Total del Contrato	$ 11.166.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.166.000	**1**	**Del**	**12/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 2.357.267,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.808.733		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en los programas de Titulada Regular o Complementaria, en el área de Sistemas de acuerdo con el modelo pedagógico, programación establecida, lineamientos del programa y normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.357.267		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.357.267**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.566.350**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Afiliación**	Valor Base retención en la fuente	1.566.350,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 942.907	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.088.467,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 117.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 150.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 9.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 9609	14.379,00	0,610%
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	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 522.117		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.342.888,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

12 de mayo: Capacitación metodología sena. Reunión virtual para presentación y capacitación de cursos complementarios.
13 de Mayo: Capacitación cuentas de cobro e informes.
14 de Mayo: Capacitación formación virtual y gestión de cursos presenciales complementario Empres Cannabis.
18 DE MAYO: Reunión capacitación instructores formación virtual y complementaria manejo de las plataformas Sofía plus para asociar aprendices a una ruta de aprendizaje.Capacitación plataforma territorio.
18 AL 21 DE mayo COMPLEMENTARIA MANEJO DE TICS EMPRESA CLIVER - MANEJO CANNABIS TASCO
24 al 28 de mayo COMPLEMENATRIA MANEJO DE INTERNET- FEDEGAN
31 de mayo COMPLEMENTARIA TIC'S

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.

ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Certificación Semanas de Cotización

El Señor ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ , identificado con Cédula Ciudadanía 7.179.110, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ		
Número de identificación:	7179110	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	06/05/2021	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Fecha de retiro:		Semanas Cotizadas cotizante:	208
Dirección actual de residencia:	CALLE 40 N 1 74E la esmeralda	Municipio residencia:	Tunja
Teléfono actual de residencia:	0000000	Depto. Residencia:	BOYACA
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
7179110	SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO	01/05/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificaicón	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas

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

Se firma y expide en Bogotá a los 6 días del mes de Mayo de 2021, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE

Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro:

medimás EPS

5000367414

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3704434	06 / 05 / 2021 (D D / M M / A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	8

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: SIAUCHO	Segundo apellido: RUIZ	Primer nombre: ELVER	Segundo nombre: ALBERTO
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 7179110	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 30 / 11 / 1980 (D D / M M / A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	39.54	05

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA ARP	PORVENIR S.A.	1.800.000

18. Residencia			
Dirección: CALLE 40 N 1 74E la esmeralda	Teléfono fijo: 0000000	Teléfono celular: 3183661146	Correo electrónico: elversiaucho@gmail.com
Municipio/Distrito: TUNJA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: BOYACA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D / M M / A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D / M M / A A A A
B2					D D / M M / A A A A
B3					D D / M M / A A A A
B4					D D / M M / A A A A
B5					D D / M M / A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo: F	N	M	Condición: T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Corporacion Ips Boyaca - Tunja Norte	3826
B		
B		
B		

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 de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	CC	7179110	2

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 40 N 1 74E la esmeralda	Teléfono: 3183661146	Correo electrónico: elversiaucho@gmail.com	Municipio/Distrito: TUNJA	Departamento: BOYACA

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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. 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 Pre-pensionado.
- [ ] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	0 1 0 5 2 0 2 1

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [X] 49. Declaración de no internación 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 vigente 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El 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	Total
Cantidad:									0

- [ ] 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 unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 suscrita por el cotizante sobre la 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 de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ]	Puntaje [ ]	Nivel [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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: 7172420 William Alexander Avella Peña

VIGILADO Supersalud

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

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X .
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.179.110**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Mayo 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.

Nombre afiliado:
Elver Siaucho

Tipo y número de documento:
CC 7,179,110

Fecha de nacimiento:
30/11/1980

Tu Historia Laboral Consolidada

Semanas

	Entidades Públicas (A)		Fondos de Pensiones (RAIS)		Total
	Traslados de aportes	Válidas para bono	Otras Administradoras (B)	Porvenir (C)	Cotizadas* (A + B + C)
Consolidada	0 Semanas cotizadas	0 Semanas cotizadas	0 Semanas cotizadas	447.7 Semanas cotizadas (Ver detalles)	447 Semanas cotizadas
Por consolidar – Traslados de aportes (D)	0 Semanas pendientes por confirmar				

*Este total corresponde a las semanas que has cotizado y están confirmadas

- **¿Por qué estas semanas no hacen parte de las que se muestran en la sección consolidada?**
  Porque las entidades públicas no han enviado los aportes pertinentes.
- **¿Cómo puedes identificar que estas semanas aún están en verificación?**
  En la sección D de este documento se ven reflejadas las semanas que serán verificadas por la entidad que corresponda.
- **¿Cómo se puede verificar si las semanas están validadas?**
  Una vez recibamos los aportes, las semanas se sumarán en la sección A, en este punto como afiliado puedes validar tu Historia Laboral y reportar las inconsistencias que identifiques, para revisarla. haz clic aquí

Aportes

Valor de las semanas válidas para bono a fecha de generación del certificado	Otras Administradoras y Porvenir – Saldo de la cuenta individual	Total acumulado

¿Te hacen falta semanas cotizadas? Para actualizar tu Historia Laboral, haz clic aquí

¿Cuántas semanas cotizadas tienes en los últimos 3 años? **103**

Si has cotizado por lo menos 50 semanas en este período estás cubierto por un seguro previsional que te ampara a ti y a tu familia, teniendo en cuenta los demás requisitos legales.

Semanas cotizadas en Porvenir

Tipo	N° Identificación	Razón Social del Empleador	Historia Laboral Oficial				Historia Laboral recordada por el afiliado en proceso de verificación		
			Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Ingreso Base de Cotización	Días Cotizados	Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Días Cotizados
NIT	800142612	COLOMBIANA DE TEMPORALES SOCIEDAD ANON	08/2008	08/2008	$ 123,000	4			
NIT	800142612	COLOMBIANA DE TEMPORALES SOCIEDAD ANON	09/2008	09/2008	$ 925,000	30			
NIT	800142612	COLOMBIANA DE TEMPORALES SOCIEDAD ANON	10/2008	10/2008	$ 555,000	18			
NIT	800142612	COLOMBIANA DE TEMPORALES SOCIEDAD ANON	02/2009	02/2009	$ 232,000	5			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	05/2009	05/2009	$ 497,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	06/2009	11/2009	$ 920,000	180			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	12/2009	12/2009	$ 500,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	01/2010	01/2010	$ 515,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2010	11/2010	$ 1,000,000	300			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2011	06/2011	$ 1,040,000	150			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	09/2011	09/2011	$ 560,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	10/2011	11/2011	$ 1,040,000	60			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	12/2011	12/2011	$ 536,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2012	05/2012	$ 1,040,000	120			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	06/2012	06/2012	$ 763,000	30			
NIT	6770902	REYES SALAMANCA JOSE MARIO	11/2012	11/2012	$ 19,000	1			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2013	02/2013	$ 589,500	30			
NIT	800046226	HEINSOHN BUSINESS TECHNOLOGY S.A.	06/2014	06/2014	$ 1,773,000	28			
NIT	800046226	HEINSOHN BUSINESS TECHNOLOGY S.A.	07/2014	09/2014	$ 1,900,000	90			

Semanas cotizadas en Porvenir

Tipo	N° Identificación	Razón Social del Empleador	Historia Laboral Oficial				Historia Laboral recordada por el afiliado en proceso de verificación		
			Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Ingreso Base de Cotización	Días Cotizados	Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Días Cotizados
NIT	800046226	HEINSOHN BUSINESS TECHNOLOGY S.A.	10/2014	10/2014	$ 1,330,000	5			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	12/2014	12/2014	$ 617,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2015	02/2015	$ 644,350	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	03/2015	05/2015	$ 1,120,000	90			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	06/2015	06/2015	$ 1,126,866	30			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	07/2015	12/2015	$ 2,566,000	180			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	01/2016	02/2016	$ 2,764,750	60			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	03/2016	05/2016	$ 2,765,000	90			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	06/2016	06/2016	$ 3,733,000	30			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	07/2016	12/2016	$ 2,765,000	180			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	01/2017	02/2017	$ 2,951,875	60			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	03/2017	05/2017	$ 2,951,867	90			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	06/2017	06/2017	$ 3,984,700	30			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	07/2017	07/2017	$ 2,951,630	30			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	08/2017	12/2017	$ 2,951,629	150			
NIT	899999027	DPTO ADMITIVO NAL DE ESTADISTICA DANE	01/2018	01/2018	$ 3,839,346	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2018	02/2018	$ 1,600,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	03/2018	03/2018	$ 1,751,633	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	04/2018	05/2018	$ 1,600,000	60			

Semanas cotizadas en Porvenir

Tipo	N° Identificación	Razón Social del Empleador	Historia Laboral Oficial: Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Ingreso Base de Cotización	Días Cotizados	Historia Laboral recordada por el afiliado en proceso de verificación: Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Días Cotizados
NIT	899999040	REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVI	06/2018	06/2018	$ 500,390	11			
NIT	900296669	PEOPLE TECH LATIN S A S	07/2018	07/2018	$ 60,000	1			
NIT	900296669	PEOPLE TECH LATIN S A S	08/2018	09/2018	$ 1,800,000	60			
NIT	900296669	PEOPLE TECH LATIN S A S	10/2018	10/2018	$ 215,000	1			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	11/2018	11/2018	$ 781,242	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2019	02/2019	$ 842,500	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	03/2019	11/2019	$ 1,403,000	270			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	12/2019	12/2019	$ 830,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	01/2020	01/2020	$ 887,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	02/2020	02/2020	$ 1,110,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	03/2020	07/2020	$ 1,446,000	150			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	08/2020	08/2020	$ 878,000	30			
CC	7179110	ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ	09/2020	09/2020	$ 877,803	30			

Total de semanas cotizadas: **447.7**

Para tus solicitudes consulta

Servifácil porvenir

Porvenir Web · Porvenir Móvil · Chat Porvenir · Contacto Porvenir · Audio Respuesta · Andrea Asistente Virtual · Punto de Atención Rápida Porvenir · Porvenir APP

Hace constar:

Que el Sr(a) ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179110 realizó el día 20/05/2021 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179110 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179110 realizó el día 20/05/2021 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179110 realizó el día 15/05/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7179110 realizó el día 15/05/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14755269780

(415)7707212489984(8020) 000001475526978 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 7 9 1 1 0	7	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 7 9 1 1 0	1 9 9 9 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIAUCHO	RUIZ	ELVER	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 40 1 74 BRR LA ESMERALDA

42. Correo electrónico: elversiaucho@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 6 6 1 1 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 5 0 3	4 7 9 1	2 0 2 0 0 9 3 0		4 7 7 1	4 7 2 9	3 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 05 - 03 / 15 : 52: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 107

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2021 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	7179110
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DOCENTE O INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA EN AYUNAS	✓
OPTOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLOGICA	✓
HEMOGRAMA COMPLETO	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX

R. M.: 05-0142-09 **L.S.O.:** 2018060237086

Código de Seguridad
B835H1N107

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO

CC: 7179110

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com

RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Fecha:** 03/02/2021

Número de Identificación: 7179110 **Nombre:** SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 30/11/1980 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA EN AYUNAS

	RESULTADO	UNIDADES	V/REFERENCIA
GLICEMIA EN AYUNAS	90.23	mg/dL	70,0 - 100,0

Valores en ayuna entre 100 - 125 son indicadores de pre-Diabetes.
Valores iguales o mayores a 126, se debe confirmar Diabetes Mellitus.
Tecnica: Colorimetrico.

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ZAPATA ALVAREZ ANDREA
RM: 1035916319

Codigo de Seguridad
H835N32T77

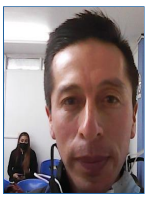
Paciente

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO
CC: 7179110

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Fecha:** 03/02/2021

Número de Identificación: 7179110 **Nombre:** SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 30/11/1980 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE HEMOGRAMA COMPLETO

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	V/REFENCIA
HEMOGLOBINA	15.5	g/dL	11.7 - 18 g/Dl
HEMATOCRITO	44.5	%	37.7 - 53.7 %
RBC	4.90	mill/mm3	4.06 - 4.69 mill/mm3
MCV	90.9	fL	79 - 101 fL
MCH	31.6	pg	26 - 35 pg
MCHC	34.8	g/dL	31 - 37 g/dL
VSG	8	mm/h	0 - 15 mm

HEMOLEUCOGRAMA

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	V/REFENCIA
WBC	5200	cels/mm3	4500 - 11000 cels/mm3
PMN	59.1	%	39.3 - 73.7 %
LINFOCITOS	35.0	%	18 - 48.3 %
MONOCITOS	5.9	%	0 - 10 %
PQT	226000	cels/mm3	150 - 450 *10^3/mm3
MOROFOLOGIA	NORMAL		

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ZAPATA ALVAREZ ANDREA
RM: 1035916319

Codigo de Seguridad
N835T32Z78

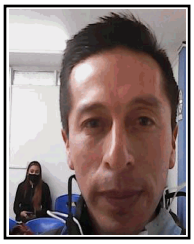
Paciente

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO
CC: 7179110

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 87

Fecha: 03/02/2021 **Municipio:** RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **CC:** 7179110 **Nombre:** SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO **Edad:** 40 AÑOS 2
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** DOCENTE O INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: MEDIMAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 01/07/2018
Lugar del Último Examen: COLMEDICOS **Motivo Consulta:** CONTROL OCULAR

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

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

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **20**	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H110	PTERIGION	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA A SEGUIR

NO REFIERE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Gilberto Castellanos

Firma:

Nombre: CASTELLANOS VILLAMIL GILBERTO

R. M.: 1026256758 **L.S.O.:** 5594

Código de Seguridad

A835G3M87

PACIENTE

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO

CC: 7179110

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com

RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Fecha:** 03/02/2021
Número de Identificación: 7179110 **Nombre:** SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO **Genero:** MASCULINO
Fecha de Nacimiento: 30/11/1980 **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDADES	V/REFERENCIA
COLESTERO TOTAL	140.0	mg/dL	120,0 - 200,0
Nivel deseable < 200 mg/dL			
Nivel en limite alto 200 - 239 mg/dL			
Nivel elevado > 240 mg/dL			
TRIGLICERIDOS	31.65	mg/dL	0,50 - 150,0
Limite normal < 150 mg/dL			
Limite alto 150 - 199 mg/dL			
Limite alto 200 - 499 mg/dL			
Limite muy alto > 500 mg/dL			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	43.63	mg/dL	40,0 - 70,0
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	90.04	mg/dL	100,0 - 159,0
Rango optimo 100 -129			
Limite normal alto -130 - 159			
Limite alto 160-189			
Limite muy alto > 190			
COLESTEROL VLDL	6.33	mg/dL	14,80 - 42,50
INDICE ARTERIAL	3.2		< 4,5

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ZAPATA ALVAREZ ANDREA
RM: 1035916319

Codigo de Seguridad
E835K32Q79

Paciente

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO
CC: 7179110

INFORME DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES

CIUDAD:	Rionegro, Antioquia
FECHA:	3 de febrero de 2020
NOMBRE DEL CANDIDATO	Elver Alberto Siaucho Ruiz
DOCUMENTO	7179110
CARGO AL QUE ASPIRA:	Instructor de Sistemas
EMPRESA:	SENA

FECHA DE NACIMIENTO: 30 de noviembre de 1980 **EDAD:** 40 años

DIRECCIÓN: Tunja (Antioquia)

INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO

DATOS FAMILIARES:

ESTADO CIVIL:

Soltero:	X	**Casado:**	**Viudo:**	**Separado:**	**Unión libre:**

PERSONAS CON QUIEN VIVE :
Vive con la madre de 62 años, ama de casa. Soltero, no tiene hijos.

RELACIONES FAMILIARES

Adecuada	X	**Deficiente**	**Comunicación**	X	**Cooperación**	X	**Trabajo en equipo**	X

OBSERVACIONES:
Considera que tiene una buena convivencia con su madre. No manifiesta problemas en la convivencia.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN:

Primaria	Bachillerato	Técnica	Tecnología	Profesional
				X

Otros:

Ingeniero de sistemas. Ha realizado capacitaciones complementarias en pedagogía y se encuentra realizando la maestría en administración.

ÁREA PERSONAL:

PROYECTO DE VIDA
A mediano plazo quiere enfocarse en terminar la maestría y a largo plazo conformar un hogar.

FORTALEZAS A NIVEL PERSONAL
Considera que tiene una buena capacidad de liderazgo en la dirección y orientación de grupos, permitiéndole establecer relaciones productivas con sus aprendices.

MEJORAMIENTO PERSONAL
En ocasiones puede ser un poco impaciente y considera que debería trabajar en eso.

TRAYECTORIA LABORAL:

Empresa: SENA

Cargo: Instructor

Fecha de ingreso: 2017 **Fecha de retiro:** Actualidad

Responsabilidades:
Encargarse de la formación de los aprendices aunando los valores éticos y morales con la formación teórica.

SALUD

ENFERMEDADES	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
ACCIDENTES:	**SI**	**NO**	X
CONSECUENCIAS:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
CONSUMO DE MEDICAMENTOS:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			

OBSERVACIONES:

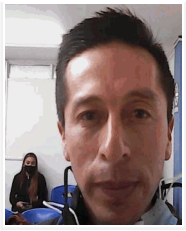
No se observan alteraciones emocionales o conductuales, ni sintomatología psicológica que pueda interferir negativamente en su desempeño laboral.

Alejandro Montoya Betancur
Psicólogo UdeA.
Reg. 05-0725-16

E-mail: Info@colmedicosdeorientesa.com Página Web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, Parque Principal Cra 51 Nº 49 - 09, Edificio Los Héroes Local 302.
Teléfonos: 561 1916 - 561 3423 Celular: 312 843 2332 Fax: 561 4802

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 56**

Fecha: 03/02/2021 **Ciudad:** RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** MEDIMAS

CC: 7179110 **Nombre:** SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO **Edad:** 40 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS **Genero:** MASCULINO

Fecha Nacimiento: 30/11/1980 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** DOCENTE O INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NA	NA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

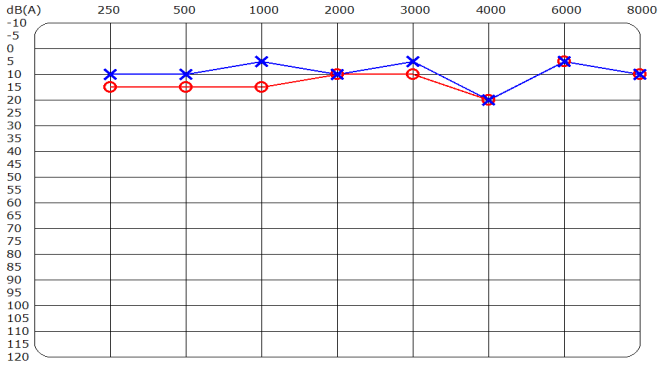
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: BELL INVENTIS **F. Ultima Calibración:** 2020-07-24

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: N

Oído izquierdo: N

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	10	10	20	5	10
VAOI	10	10	5	10	5	20	5	10

PTA Oido derecho: 12.50 **PTA Oido izquierdo:** 7.50

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION

Observaciones

USO OBLIGATORIO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON NIVELES DE RUIDO SUPERIOR A 80 DB.
CONTROL AUDIOMÉTRICO SEGÚN CRITERIOS DEL SVE DE LA EMPRESA.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: GARZON CARDONA KARYN NATALIA

R. M.: 39450052 **L.S.O.:** 064096

Código de Seguridad
D835J2P56

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO

CC 7179110

GRUPO PREVENSO LTDA

Nit. 820005100 - 6

Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja

Tel: 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión: 07/05/2021 14:36:22

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/05/2021 10:41:00** Empresa **SENA**

Nombre **ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ** Tel **3183661146**

Cargo **INGENIERO DE SISTEMAS** Doc. Identidad **CC 7179110**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 FONOAUDIOLOGIA	3 ORINA PARCIAL (UROANALISIS)
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE PRACTICA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL , REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA HORA , HIGIENE POSTURAL CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA POR EPS, SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS DE COMPRESION DE BAJA PRESIO PARA VARICES, CONTINUAR CON LAVADO DE MANOS ,USO DE TAPABOCAS , DISTANCIAMIENTO SOCIAL MINIMO 2 METROS.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Edward Camilo Vela V.
MÉDICO CIRUJANO - U.P.T.C
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
C.C. 7.186.367

EDWARD CAMILO VELA
ESP. SALUD OCUPACIONAL RM. 1043/13 L.S.O

Trabajador: ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ
CC: 7179110
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Grupo prevenso Ltda.

ESPECIALISTAS Y CONSULTORES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE EVALUACIÓN	DIA: 07	MES: 05	AÑO: 21

1. DATOS PERSONALES

DATOS PERSONALES:						
NOMBRE Y APELLIDO:	EDUER ALBERTO SANCHO RUIZ					
EDAD:	40	GENERO:	F:	M: X	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CC. 9199110

CARGO	INSTRUCTOR SENA.

2. HABITOS ALIMENTICIOS

HABITO			nunca	ocasionalmente	frecuentemente
2.1	Cigarrillo (número de cigarrillos al día)_____	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O
2.2	Bebidas frías	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O
2.3	Bebidas calientes	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O
2.4	Alimentos condimentados	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O
2.5	Alimentos picantes	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O
2.6	Contraste de temperatura de los alimentos	Actualmente	X	O	O
		Anteriormente	O	O	O

3. FACTORES DE RIESGO

	FACTOR	SI	NO	NÚMERO DE HORAS AL DÍA
3.1.	Sustancias químicas		X	
3.2.	Aire acondicionado		X	
3.3.	Ventiladores		X	
3.4.	Polvo		X	
3.5.	Ruido		X	

4. SIGNOS Y SINTOMAS

	SIGNO Y SINTOMA	S (siempre)	A. V. (algunas veces)	N (nunca)
4.1.	Tos y carraspeo			X
4.3.	Dolor en la laringe y cuello			X
4.6.	Cansancio vocal			X
4.7.	Pérdida en el volumen de la voz			X
4.8.	Debilitamiento de la voz durante el día			X
4.9.	Temblor vocal			X
4.10.	Disfonía constante			X
4.11.	Afonía intermitente			X

5. FONACION O COMPORTAMIENTO VOCAL

CARACTERÍSTICAS ACÚSTICO PERCEPTUALES	NORMAL	ALTERADO
Tono	X	
Timbre	X	
Intensidad	X	

6. EVALUACION DE LA RESPIRACION

RESPIRACION	NORMAL	ALTERADO
Modo respiratorio reposo	X	
Modo respiratorio en fonación	X	
Tipo respiratorio en fonación	X	
Coordinación Fono respiratoria	X	

Grupo prevenso Ltda.

ESPECIALISTAS Y CONSULTORES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

7. HABILIDAD FONATORIA. (TMF): Tiempo Máximo de Fonación

A	I	U	PROMEDIO EN SEG.	NORMAL	DIFICULTAD PARA LA TOMA DE AIRE	RUPTURA	TEMBLOR	ESPASMO
20	20	24		X				

8. DETERMINACIÓN DEL TIPO Y MODO DE PATRÓN RESPIRATORIO

TIPO RESPIRATORIO	
CLAVICULAR/ COSTAL-SUPERIOR	
TORÁXICA	
COSTAL –DIAFRAGMÁTICA/ ABDOMINAL	X

MODO RESPIRATORIO	
NASAL	X
BUCAL	
MIXTO	

9.. COMPORTAMIENTO ARTCULATORIO Y VOCAL

12.1. Tipo de articulación	
Normal	X
Alterada	

12.3. Ritmo del habla	
Normal	X
Bradilálico	
Taquilálico	

12.4. Expresividad vocal	
Normal	X
Monótona	
Exagerada	

10. RESONANCIA

Localización de la resonancia	
Hipernasal	
Hiponasal	
Resonancia normal	X

11. ARTICULACION (órganos fono articuladores)

Órgano	Anatomía		Movilidad	
	Normal	Alterada	Normal	Alterada
Labios	X			
Lengua	X			
Mejillas	X			
Paladar	X			
Mordida	X			

12. ASPECTOS SUPRASEGMENTALES

Aspecto	Normal	Alterado
Prosodia	X	
Ritmo	X	
Fluidez	X	

13. OBSERVACIONES:

TAMIZAJE VOCAL CENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

14. RECOMEDACIONES:

1. NO GRITE, EVITE HABLAR EN AMBIENTES RUIDOSOS
2. TENGA REPOSO VOCAL DIARIAMENTE
3. INGIERA AGUA CADA 30 MINUTOS EN LA JORNADA LABORAL O CUANDO HAGA USO VOCAL CONSTANTE
4. EVITE TOMAR BEDIAD MUY FRIAS Y CALIENTES

Mayre Carrillo P.
FONOAUDIÓLOGA
REG. 54 - 005059

MAYRE ANDREINA CARRILO, FONOAUDIOLOGA.

Grupo prevenso Ltda.
Especialistas y Consultores en Seguridad y Salud en el Trabajo
y Centro de Entrenamiento Trabajo Seguro en Alturas

GRUPO PREVENSO LTDA

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 08/05/2021 07:34:23

Dircc: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja Tel : 3103377634 - 7457713

Fecha 06/05/2021 10:25:00

Doc: **7179110** Nombre : **ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ** Edad : **40 Años** Sexo : **M**

Entidad: **CONTROL INTERNO**

Parametro	Resultado	Rango referencia
0007		
ORINA PARCIAL (UROANALISIS)		
UROANALISIS	.	
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	TRANSPARENTE	
PH	7.0	
DENSIDAD	1010	
PROTEINAS	NEGATIVO	
GLUCOSA	NEGATIVO	
CETONAS	NEGATIVO	
SANGRE	NEGATIVO	
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	
NITRITOS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NORMAL	
LEUCOCITOS	NEGATIVO	
SEDIMENTO URINARIO	.	
LEUCOCITOS	ESCASOS	
BACTERIAS	ESCASAS	
CELULAS EPITELIALES	1-2 XC	

AMANDA URIBE
BACTERIOLOGA
REG. 125 BOY.

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

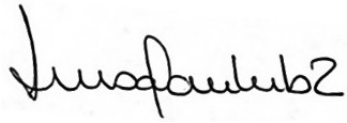
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ, con Cédula Ciudadanía No. 7179110 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 11/05/2021, para el contrato registrado con fecha desde 11/05/2021 y fecha hasta 10/08/2021, 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): 202101015214677.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 1010542819 , con fecha de apertura 20 de Octubre de 2016 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): ELVER ALBERTO SIAUCHO RUIZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 7.179.110

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Mayo de 2021 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea de Atención

Bogotá: 7561616 - **Cali:** 4891616 - **Medellín:** 6041616 - **Barranquilla:** 3851616 - **Ibagué:** 2771616 - **Pereira:** 3401616 - **Cartagena:** 6931616
Neiva: 8631616 - **Bucaramanga:** 6971616 - **Cúcuta:** 5955195 - **Santa Marta:** 4365966 - **Villavicencio:** 6836126 - **Valledupar:** 5898480
Popayán: 8353735 - **Resto del país:** 018000 522222

www scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

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	51-46-101009750	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
12	05	2021	12	05	2021	00:00	21	12	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO	Identificación:	7179110
Dirección:	CALLE 40 NO 1-74	Ciudad: TUNJA - BOYACA	Teléfono: 3183661146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL DEL SENA REGIONAL BOYACA	Identificación:	899999034-1
Dirección:	KILOMETRO1 VIA PANTANO DE VARGAS	Ciudad: DUITAMA - BOYACA	Teléfono: 7721313

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN 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.2508742 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL EN LOS PROGRAMAS DE TITULADA REGULAR O COMPLEMENTARIA, EN EL ÁREA DE SISTEMAS DE ACUERDO CON EL MODELO PEDAGÓGICO, PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA Y NORMATIVIDAD VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/05/2021	21/12/2021	$ 2,233,200.00

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	$ 2,233,200.00	12/05/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
SANDRA CONSUELO PATIÑO ALBA	153578	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

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

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. 51-46-101009750, 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 12 días del mes de Mayo de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 51461010097500

FECHA	
12/05/2021	

RECIBIMOS DE: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO C.C. 7179110

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 51-46-101009750

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SOGAMOSO - CU. ESTATAL - 101009750 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: SANDRA CONSUELO PATIÑO ALBA - 153578	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 51461010097500

FECHA	
12/05/2021	

RECIBIMOS DE: SIAUCHO RUIZ ELVER ALBERTO C.C. 7179110

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 51-46-101009750

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SOGAMOSO - CU. ESTATAL - 101009750 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: SANDRA CONSUELO PATIÑO ALBA - 153578	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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.51-46-101009750

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO 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 SUJECIÓN 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 TITULO 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 OCASIONEN, 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 OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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 ULTIMO 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, PREVALECERÁN 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.