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 MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA-EMPRENDE RURAL
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	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**60003-497125**
No. de documento	**128004**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ	**C.C.**	92.522.818	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	apolinarfaria@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 ?**	NO		
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	832714179		
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:	2578516/2021		**Nº Compromiso SIIF**	**66421**	
Valor Total del Contrato	$ 23.790.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.790.000	**1**	**Del 15/06/2021 Al 30/06/2021**		**$ 2.080.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.710.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR TECNICO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO Y/O EMPLEABILIDAD RURAL , MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA PROGRAMA SER , ESPECIALIDAD PECUARIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.080.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.080.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.417.200**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4395075525**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 454.263	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 56.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 72.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 60.900	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 472.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.417.200,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.950.500,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	13.654,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	41.600,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.024.746,00**	

SON: DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento documento correspondiente a la contratación
Capacitación del equipo pecuario recibiendo lineamientos del programa por parte del dinamizador ser
Articulación de procesos operativos del dinamizador ser
Organización de documentos para la matrícula de la formación de soberanía alimentaria en el municipio de la zona bananera

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.

APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ
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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
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

GILBERTO JOSE CAMPO BECERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	92522818
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	CALLE 24C N 12-15	TELÉFONO:	2762777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4395075525	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1061648007

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.800	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES:									**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RET. FUENTE OTRA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COTA	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 92522818	FARIA APOLINAR ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO	01																230201-PROTECCIÓN	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	92522818	$ 4.800	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 263.800**

Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14512440051

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 2 5 2 2 8 1 8	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	92522818	1 9 9 2 1 2 0 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Sucre 7 0	Sincelejo 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARIA	HERNANDEZ	APOLINAR	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 121 63 D 12

42. Correo electrónico: apolinarfaria@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 6 2 7 7 7	3 1 1 6 8 4 1 8 5 0

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
7 0 2 0	2 0 0 7 0 7 0 9	7 0 1 0	2 0 0 7 0 7 0 9	8 5 2 3			

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: 2019 - 05 - 20

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

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

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 03-06-2021 01:13:41PM

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

LUIS FELIPE CAMARGO PALOMINO
Médico y Cirujano Especialista en Salud Ocupacional
y Medicina Del Trabajo
Tel. 2829020 Cel. 3145861305
Cra 22 No 13-18 Barrio Alto Ford
lufecapeu@hotmail.com/ lfcpgerencia@hotmail.com
Sincelejo- Sucre



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2,157

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	**11** MES	**2020** AÑO	**SINCELEJO (SUCRE, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO**

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

INDEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**
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)

FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 5 MESES 17 DÍAS	CC	92522818
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIÓN*

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:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO, PERIÓDICO O RETIRO) ✓	- - - - - - - - - - - - - - - - -

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

~~OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES~~







O PRESENTA RESTRICCIÓN DE AGRAVARSE POR LOS RIESGOS PROPIOS DEL CARGO.

EL TRABAJADOR EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO PARA SARS-CO-2/COVID-19, SEGÚN RESOLUCIÓN 666 DE 2020 Y CIRCULAR 0030 DEL 08 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD.

SE REALIZA RETROALIMENTACIÓN DE LOS EXÁMENES

SE APLICA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID – 19. ESTE EXAMEN HA SIDO PRACTICADO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES GENERALES.

1. CONTROL PERIÓDICO CON PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR EPS (HIGIENE ORAL, VISUAL, PROSTÁTICO Y TESTICULAR,)

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRABAJADOR

1. HIGIENE POSTURAL
2. ADHERIRSE INTEGRALMENTE A LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y

MINISTERIO DE SALUD CON OCASIÓN DE LA EMERGENCIA SANITARIA (COVID-19).

3. UTILIZACIÓN DE EPP (ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL) DE ACUERDO AL CARGO Y AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA
4. CONSERVAR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA
5. REPORTAR CUALQUIER SINTOMATOLOGÍA QUE PERMITA SOSPECHAR CONTAGIO POR SARS-COV-2/COVID-19, AL ÁREA DE SALUD

OCUPACIONAL DE LA EMPRESA, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL Y A LA RESPECTIVA EPS DEL TRABAJADOR

RECOMENDACIONES ESPECÍFICA PARA LA EMPRESA

1. INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA, DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES EXPUESTO, PRIORITARIO PARA EL CARGO DEFINIDO EN LA MATRIZ DE RIESGO DE LA EMPRESA.
2. INCLUIR EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA, PARA EL CONTROL DEL SARS-COV-2/COVID-19, TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST). PARA LO ANTERIOR SE

ACONSEJA LA VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS DE APOYO DISEÑADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES COMO EL MINISTERIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. PARA LO ANTERIOR SE RECOMIENDA CONSULTAR ENTRE OTROS:

HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SALUD/PUBLICA/PET/PAGINAS/DOCUMENTOS-TECNICOS-COVID 19.ASPX

3. DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 666 DE 2020, EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19., EL EMPLEADOR, DEBE REPORTAR CUALQUIER SINTOMATOLOGÍA QUE PERMITA SOSPECHAR CONTAGIO POR SARS-COV-2/COVID-19 DE SU POBLACIÓN TRABAJADORA, A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, DEPARTAMENTAL Y A LA RESPECTIVA EPS DEL TRABAJADOR. QUIENES TOMARÁN MUESTRA DE LABORATORIO PARA LA DETENCIÓN DEL VIRUS Y DEFINIRÁN CONDUCTA A SEGUIR FRENTE AL CASO.
4. CONSTRUIR Y/O APLICAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAMINACIÓN SEGÚN LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN

DEL SARS-COV-2/COVID-19.

RECOMENDACIONES LABORALES PREVENTIVAS

1. OSTEOMUSCULAR:

PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS Y POSTURA ADECUADA.

ACONDICIONAMIENTO FÍSICO SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL CARGO.

ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA EMPRESA.

CAPACITACIÓN PARA MANEJO DE CARGAS SEGÚN CRITERIO DEL CARGO

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, 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 **Aspirante o Trabajador**

Firma: **Firma:**

Nombre: LUIS FELIPE CAMARGO PALOMINO **Nombre:** FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE

R. M.: 540 **L.S.O.:** RES. N°371 /12-05-20 **CC:** 92522818

IPS FONOMEDICAL S.A.S

NIT: 900451780-4
COD. PRES: 700010152801
DIR: CARRERA 17 N° 15-52 calle chacuri
TEL: 2763249

REPORTE EXAMEN

Tipo: CC **Nº. H.C.:** 92522818
Apellidos y Nombres: FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE
Edad: 48 Años **Sexo:** Masculino
Entidad: PARTICULARES 4 **Fecha:** 04/06/2021
Admisión Nº: 19540 **Reporte Nº:** 9823

DESCRIPCION:

SIGNOS Y SINTOMAS
Tinnitus.

Otoscopia:
Oido derecho: Normal
Oido izquierdo: Normal

AUDIOMETRIA TONAL
Estudio sugiere, Pérdida auditiva Neurosensorial unilateral asimétrica. Oído derecho: leve para frecuencias conversacionales y moderada para frecuencias agudas. Oido Izquierdo: Sensibilidad auditiva normal (Nota: Leve descenso en frecuencia de 4000Hz).

PTA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES (Oido derecho: 27dBHL - Oido Izquierdo 7dBHL)

IMINTANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)
*Estudio sugiere, Timpanograma Tipo A bilateral, sugestivo de función adecuada de oido medio con registro de reflejos estapediales ausentes bilateralmente.

RECOMENDACIONES
*Control auditivo anual.
* Complementar exámenes auditivos con Impedanciometria y Logoaudiometria.
*Consulta con otorrinolaringologia

OBSERVACIÓN:

Protocolo de atención por contingencia Covid19. Se usa gorro de material impermeable o quirúrgico, tapaboca quirúrgico convencional, mascara facial, uniforme en tela impermeable y encima bata quirúrgica de material impermeable. Lavado de manos antes de cada atención. Elementos de consulta y procedimientos desinfectados con Eucida Advanced. Paciente debe portar tapabocas al ingresar a la consulta e instalaciones. El paciente ingresa de forma libre y voluntaria. Niega en encuesta aplicada vía telefónica y en recepción síntomas asociados a Covid19. Niega nexos epidemiológicos con paciente positivo o sospechoso para Covid19.

DANIEL DAVID HERNANDEZ HERNANDEZ
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE **Nº Registro:** 1102888697 **Firma** _____

IPS
Fonomedical SAS
Rehabilitación y Medicina Especializada

Calle Chacuri Cra. 17 No. 16 - 45 Cel. 304 560 2492
ipsfonomedical@hotmail.com - Síguenos en:

EVALUACIÓN AUDIOLOGÍA BÁSICA

Nombres: Apolinar Enrique Faria Hernandez Fecha: 04 junio-2021

Identificación: ~~CC~~ TI RC PE 92522818 Edad: 48 años EPS Particular

AUDIOMETRÍA TONAL dB HL



TRANSDUCTOR: Campo Libre dB SPL ☐ Auriculares dB HL ☑
Estímulo Warble ☐ Pulsado ☐
Inserción dB HL ☐ Vibrador dB HL ☑
Tono Puro ☑

WEBER						
	250	500	1000	2000	4000	
OD	→	→	→	→	→	OI

Frecuencia en Hz
PTA F.C. O.D. 27 PTA F.A. O.D. 46 RINE ___

Frecuencia en Hz
PTA F.C. O.I. 7 PTA F.A. O.I. 18 RINE ___

OTOSCOPIA:

OD: Normal
OI: Normal

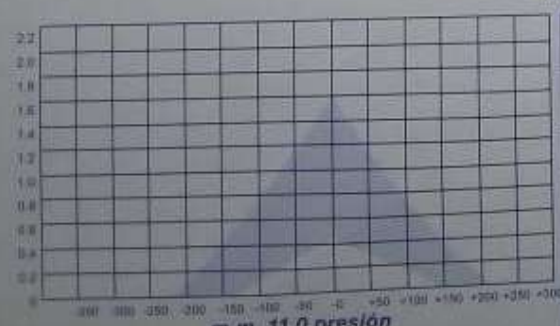
LOGOAUDIOMETRÍA



	OD	OI
UMBRAL DE VOZ		
UMBRAL DE PALABRA		
UMBRAL DE CAPACITACIÓN		
UMBRAL DE DISCRIMINACIÓN		
UMBRAL DE DISTORCIÓN		
% DISCRIMINACIÓN		
MLC		
UCL		

UMBRAL DE DISCONFORT	UMBRAL DE COMODIDAD	V. OSEA SIN RESPUESTA CON O SIN ENMASCARAR	MEJOR COCLEA	AUDIOMETRIA CAMPO LIBRE	NIVEL DE TRANSMISION BILATERAL DE LA SEÑAL	VIA AEREA	VIA AEREA ENMASCARADA	V. AEREA SIN RESPUESTA	VIA OSEA	VIA OSEA ENMASCARADA	PRESENCIA DE ACUFENO
U	M	↓	V	CL		O	△	↓	<	⊏	
U	M	↓				X	□	↓	>	⊐	

INMITANCIA ACUSTICA



TIMPANOGRAMAS	O.D.	O.I.
VOLUMEN DEL CANAL		
PRESIÓN		
COMPLACENCIA		
GRADIENTE		
TIPO		

Tono de sonda 226Hz ☐ 1.000 Hz ☐

O.D.		Reflejos acusticos del oído medio	O.I.	
Ipsi	Contra	Hercios	Ipsi	Contra
		500		
		1.000		
		2.000		
		4.000		

Fonomedical SAS
EXAMINADOR
Reg 110736EPS42

PACIENTE
C.C. 92522818

LABORATORIO CLINICO LYNCH

MEREDITH SALON CARO
BACTERIOLOGA – U. METROPOLITANA
Cra. 17 No. 26-76 Calle Nariño Frente a Lava Autos Miltiservicios
Tel.: 282 62 46 Cel.: 301 460 5761 – 314 548 2131 Sincelejo - Sucre

SEDE: Principal

Paciente: APOLINAR FARIA HERNANDEZ
Edad: 47 A **Sexo:** M **Identificación:** 92522818
Teléfonos: 3116841850
Empresa: Particular

Recepción: 9675 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 04/06/2021 09:20:13 a.m.
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
Hematologia		
1 HEMOGRAMA TIPO I		
A - ERITROGRAMA-		
Hemoglobina	15 gr/dl	14.5 a 16.50 gr/dl
hematocrito	45 %	31 a 43 %
Eritrocitos	4.700 /mm#	3900 a 5100 /mm#
B - LEUCOGRAMA -		
Recuento de Leucocitos	7.300 /mm#	5.0 a 10.0 /mm#
P.N. Neutrofilos	62 %	43 a 65 %
P.N. Eosinofilos	5 %	1 a 5 %
P.N. Basófilos	0 %	1 a 2 %
Bandas o Cayados	0 %	1 a 5 %
Linfocitos	31 %	30 a 40 %
Monocitos	2 %	3 a 6 %

LABORATORIO CLINICO LYNCH
Dra. Meredith Salon C.
BACTERIOLOGA
Bacteriologo

OPTICA NOVA VISION
LEIDY ELIANA CARO RODRIGUEZ

CALLE 16 # 14-71 (FORD) - SINCELEJO-SUCRE

Tel: 2811669-3013604454 - Email: optica1510novavision@hotmail.com

nit: 52182417-7 Regimen: comun

Fecha: 2021-06-04
Hora: 15:15:00

HC N°: CC 92522818

OPTOMETRÍA

Nombre:	APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ		Telefonos:	3116841850	Consulta: 57866
Fecha de Nac:	1973-05-18	Edad: 48	Sexo:	hombre	Estado civil: union libre
Direccion:	calle 24c 12-15		Barrio:		L. Reside: SINCELEJO
Ocupacion:	soldado				
Acompañante:			Tel Acomp:		Parentesco:
Responsable:			Tel Resp:		Parentesco:

ANTECEDENTES

Aseguradora: N° Afiliación: Causa Ext.: OTRA

Motivo Consul: AP CIRUGIA DE CATARATA, DISMINUCION AGUDEZA VISUAL EN VISION PROXIMA

A.F:

A.P: Otros A.P:

	OJO DERECHO			REFRACTIVO	OJO IZQUIERDO	
Examen Externo:	NORMAL					
RX en uso M:	N/A			RX en uso M: N/A		
RX en uso LC:	N/A			RX en uso LC: N/A		
AV sin RX Lej:	20/40	Cerca:	20/100	AV sinRX Lej: 20/20	Cerca:	20/50
AV con RX M Lej:	N/A	Cerca:	N/A	AV con RX M Lej: N/A	Cerca:	N/A
AV con RX L Lej:	N/A	Cerca:	N/A	AV con RX L Lej: N/A	Cerca:	N/A
Queratometria:	N/A			Queratometria: N/A		
Refraccion:	+150-175X175			Refracción: N-075X35		
Sub S. Ciclopejia:	N/A		N/A	Sub S. Ciclope: N/A		N/A
Ref C. Ciclopejia:	N/A		N/A	Ref C. Ciclopejia: N/A		N/A
Sub C. Ciclopejia:	N/A			Sub C. Ciclopejia: N/A		
RX FINAL:	**+125 150 X 180 ADD: 200 AVFL: 20/20 AVFP: 20/20**			**RX FINAL:**	**N 050 X 35 ADD: 200 AVFL: 20/20 AVFP: 20/20**	

Observaciones:

ACA: PPC: NORMAL Cover Test: NORMAL AFC: NORMAL OJO DTE:

SEGMENTO ANTERIOR

Motilidad Ocular:						
Párpado:	NORMAL			NORMAL		
Vias Lagrimales:	NORMAL			NORMAL		
Sensib contraste:	N/A			N/A		
Pupila:	NORMAL			NORMAL		
Tipo SCH: N/A		APL:	N/A	Tipo SCH: N/A	APL:	N/A
Tenometria:	N/A			N/A		
L. Intraoculares:	N/A			N/A		
Biomicroscopia:	NORMAL			NORMAL		
Test Color:	NORMAL			NORMAL		
	NORMAL					
T. Estereopsis:	NORMAL					
Resultado:	NORMAL					

SEGMENTO POSTERIOR

Descripción: Normal Normal

Conducta: USO CORRECCION OPTICA DE FORMA PROLONGADA

Diagnóstico Ppal: H524 PRESBICIA

Diagnóstico Rela: ASTIGMATISMO, .

Descrip Diagno:

Ultimo Control: NO RECUERDA Próximo Control: 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del diagnóstico que padezco, sus características y manifestaciones principales, los posibles tratamientos para mi recuperación y las eventuales complicaciones que se derivan de los mismos.

Firma del paciente: APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ

Profesional: LEIDY ELIANA CARO RODRIGUEZ
01

CERTIFICACION DE APTITUD PSICOLOGICA

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos: Apolinar Enrique Faria Hernández
Fecha de Nacimiento: Mayo 25 de 1973
Edad: 47 años
Estado Civil: Separado
Cedula de Ciudadanía: 92522818 de Sincelejo
Profesión: Zootecnista

Certifico haber examinado al solicitante, por medio de entrevista personalizada, pruebas psicotécnicas de personalidad, competencias y valores; el cual se considera en perfecto estado de salud mental, capacitado para realización de actividades que comprometen aptitudes de aprendizaje y ejecución de conocimientos. Con adecuada capacidad de escucha y orientación en tiempo, espacio y persona.

Sheila Johana Barragán Marquez
Psicóloga
Tarjeta Profesional: 119639

Clínica Santa María S.A.S
Nit. 800.183.943-7
ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ISO 9001
Icontec
SC-CER352459

CERTIFICADO MEDICO

04/JUNIO/2021 SINCELEJO –SUCRE

NOMBRES: APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ
IDENTIFICACION: CC 92522818

CERTIFICO QUE EL PACIENTE APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ IDENTIFICADO CON CC # 92522818 GOZA DE BUENA SALUD, ESTADO MENTAL, LIBRE DE ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA, POR ENDE ESTA ACTO PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES PSICOMOTORAS Y PARA SU CONVIVENCIA EN LA COMUNIDAD.

GINNA MARCELA HERRERA VERGARA
MEDICO GENERAL
RM. 1102846645

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92522818 realizó el día 18/06/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 92522818 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNANDEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 92522818, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/06/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 2.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101016199944.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Junio de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 17/06/2021 9:41:18 p. m.
IECDC: 17/06/2021 9:41:18 p. m.

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

C E R T I F I C A :

Que APOLINAR ENRIQUE FARIA HERNAN identificado con el documento No. 92.522.818

posee en la oficina SINCELEJO (831) una cuenta de ahorros

No. 832714179 desde el 24 de noviembre de 2014

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 03 días del mes de junio de 2021

Atentamente,

OFICINA 831 SINCELEJO VISADO Banco AV Villas

Gerente Oficina 831

Esta certificación tiene un costo de $ 10.550,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

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:
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-46-101005859	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
15	06	2021	15	06	2021	00:00	17	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE			Identificación:	92522818
Dirección:	CALLE 19 B NO.11 - 47 / 41 EST	Ciudad:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	Teléfono:	3116841850

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	AVENIDA FERROCARRIL N 27-97	Ciudad:	SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	4212064

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.2578516 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMOINSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/OLA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O ADISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENAEMPRENDE RURAL SER EN LA ESPECIALIDAD DE PECUARIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/06/2021	17/04/2022	$ 2,379,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 2,379,000.00	15/06/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MENDOZA ROMERO CIA LTDA	153932	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 CALLE 28 NO.1-23 LOCAL 3 - Teléfono: 7813230 - MONTERIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra 11 No 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186877

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

Escaneado con CamScanner

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. 53-46-101005859, 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 MONTERIA, a los 15 días del mes de Junio de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 53461010058590

FECHA	
15/06/2021	
RECIBIMOS DE:	FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE C.C. 92522818
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 53-46-101005859

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MONTERIA – CU. ESTATAL - 101005859 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$0.00
	TARJETA:	$0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MENDOZA ROMERO CIA LTDA - 153932	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO Nº: 53461010058590

FECHA	
15/06/2021	
RECIBIMOS DE:	FARIA HERNANDEZ APOLINAR ENRIQUE C.C. 92522818
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 53-46-101005859

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MONTERIA – CU. ESTATAL - 101005859 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: MENDOZA ROMERO CIA LTDA - 153932	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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.53-46-101005859

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.