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
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	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**23830-806388**
No. de documento	**127780**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.C.**	7.188.337	**IP/Nº de contacto**	3102844784
Correo electrónico contratista:	jneira@sena.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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		60600031808	
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:	2557781/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**28421**	
Valor Total del Contrato	$ 24.441.133	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.441.133	**1**	**Del**	**02/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.597.933,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.843.200		Legalización comisiones del periodo			$ 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 el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área PECUARIA de acuerdo con la programación establecida."

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.597.933	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	**$ 3.597.933**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.120.955**	**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	----------	**certificado**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.439.173	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 179.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
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	$ 359.793	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 706.985	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.120.955,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.187.733,00	
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 - 334	21.947,00	0,610%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.575.986,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. 1,2, 3/06/2021 realización inducción programa articulación. 2. 04/06/21 Presentación y evaluación actividades realizadas con el municipio de Campohermoso. 3. 8,15 y 21 de Junio presentación ante estudiantes de la del grado 10 y 11 I.E Técnica Agropecuaria San Rafael Municipio de Rondón Ficha 2259850 y ficha 2058932 y evaluación de actividades realizadas a la respectiva fecha.
4. 9,17 y 25 de Junio presentación, evaluación y tutoría ante estudiantes de la del grado 10 y 11 I.E educativo agropecuario del Municipio de Chivata Ficha 2259125 y ficha 2061650. 5.10/06/21 presentación y evaluación de actividades realizadas a la fecha ante fecha ante estudiantes de la del grado 10 y 11 I.E.T Agropecuaria Campohermoso de dicho municipio con Ficha 2259999 y ficha 20622692. 6.11,16 y 24 de Junio presentación, evaluación y tutoría ante estudiantes de la del grado 10 y 11 I.E técnica Antonio Ricaurte del Municipio de Santana Ficha 2259357 y ficha 2061873. 7. 18, 22,24 de junio presentación, evaluación y tutoría ante estudiantes de la del grado 10 y 11 I.E santa Rita de casia y nuestra señora de la "o" del Municipio de Beteitiva Ficha 2320126, ficha 2259119 y f

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.

JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS
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 ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

EL SUSCRITO

COORDINADOR REGIONAL DE AFILIACION Y MERCADEO

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA

CERTIFICA:

Que **NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER** identificado con **CC 7188337**, carné número **104486529** es usuario ACTIVO del régimen CONTRIBUTIVO en calidad de Cotizante, Categoria A de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA en el municipio de MIRAFLORES, departamento de BOYACA a partir del **01 del mes de Octubre de 2017**

La red de servicios médicos que lo atiende es,

SERVICIOS MÉDICOS

Nº	Servicio	Prestador
1	IPS baja complejidad (C)	E.S.E.HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
2	Medicamentos baja ambulatorios (C)	DISCOLMEDICA S.A.S-TUNJA
3	IPS mediana complejidad (E)	E.S.E.HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES

USUARIO ACTIVO - INDEPENDIENTE

Dado en TUNJA a los 16 días del mes de Mayo de 2021.

ROGER ALEJANDRO SAENZ ARIZA
Coordinador de Afiliación y Mercadeo
Comfamiliar EPS Regional Boyacá

por DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ ORJUELA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

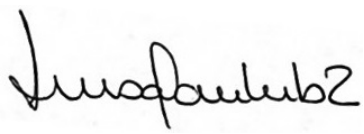
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7188337, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/06/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101016301927.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Junio de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 18 de junio de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

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

NUIP - NIP	**1057842858**	**MAIA SALOME NEIRA SMITH**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____
FIRMA

Nombre: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS

C.C. 71883377 DE TUNJA

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1057842858

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41450814

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Y B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA. BOYACA. MIRAFLORES.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NEIRA.	SMITH.

Nombre(s)

MAIA SALOME.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 19	FEMENINO.	"O"	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA. BOYACA. MIRAFLORES.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	52674330-4.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SMITH BORDA JENNY JORLENI.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.348.746 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7.188.337 DE TUNJA.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 7.188.337 DE TUNJA.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2015 Mes NOV Día 23	JOSE E. LOZANO T. Nombre y firma

Notaria Unica Miraflores NOTARIO JOSE EDGAR LOZANO

El Notario único del Círculo de Miraflores, Departamento de Boyacá, República de Colombia HACE CONSTAR, que esta fotocopia coincide con el original que reposa en el protocolo de esta oficina.

23 NOV 2015

Notaria Única Miraflores NOTARIO JOSE EDGAR LOZANO

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Hace constar:

Que el Sr(a) JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7188337 realizó el día 17/06/2021 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 JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7188337 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) JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7188337 realizó el día 21/06/2021 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) JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7188337 realizó el día 21/06/2021 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

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 7188337 realizó el día 21/06/2021 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 14360247770

(415)7707212489984(8020) 000001436024777 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 8 8 3 3 7	1	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 8 8 3 3 7	2 0 0 4 0 1 1 6

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
NEIRA	PLAZAS	JHON	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Miraflores 4 5 5

41. Dirección principal: CL 3 11 39

42. Correo electrónico: jhonera0723@gmail.com

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

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 5 0 0	2 0 1 4 0 1 0 2	4 9 2 3	2 0 1 5 0 1 0 2	4 2 9 0			

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 2016 - 01 - 14

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 NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S.
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 7188337-50032

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13 may. 2021 - MIRAFLORES	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**Identificación:**	7188337
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3102844784
Fecha Nacimiento:	23/07/1985	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMFAMILIAR HUILA
Dirección	CALLE 3 N. 11 - 35 BARRIO COGOLLO	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULARES -	**Peso: 76.5 Talla: 161 IMC: 30**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EVALUACION PSICOLOGICA	Examen satisfactorio con recomendaciones. no presenta dificultades relevantes que impidan desarrollo de funciones para caargo al que ingresa. se recomienda informar respecto a salud mental en COVID- 19 Y la importancia del autocuidado, Se recomienda realizar pausas activas y actividad física como factor protector de estrés laboral- Desarrollo de resolucion de conflictos en relaciones sociales y/o familiares. Establecer poryecto de vidal,
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DÍAS SEMANALES. HIGIENE POSTURAL, REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS LA MENOS CADA 2 HORAS EN SU PUESTO DE TRABAJO. USO CORRECTO DE LOS EPP SEGÚN EL CARGO. USO DE PROTECTOR SOLAR POR ENCIMA DE FILTRO 60 EN CASO DE EXPOSICIÓN SOLAR. SE SUGIERE VALORACION POR MEDICINA GENERAL PARA DETERMINAR NECESIDAD DE RX DE TORAX. CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN EPS.
.GLICEMIA	Realizado
PERFIL LIPIDICO	Realizado
HEMOGRAMA IV	Realizado
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD	Realizado
TITULACION ANTICUERPOS ANTIBRUSELOSIS	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	-	SVE
CARDIOVASCULAR	-	SVE
RESPIRATORIO	-	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	-
MÉDICINA GENERAL EPS	-
NUTRICION	-

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fuí ¡nformado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'





Jhon Alexander N. N.

YURLEY MARCELA GUAMAN VESGA
Médico Especialista en Salud Laboral 71/2017 1019032660

JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS 7188337
Firma y cédula del Paciente

35905322

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06
Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:26.

Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A / MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 3142921757

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV				
HB Corspuscular Media	**30.4**	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**34.0**	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**12.0**	%	11	15
Recuento de Plaquetas	**279**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**9.4**	fl	8.3	12.1
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.2**	%	9.0	17.0
Plaquetocrito	**0.263**	%	0.16	0.36

Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 11:08

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

26/05/2021 15:04:26

35905322

NIT. 900152996-7

Página : 3 De : 3
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06
Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:26.

Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A / MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 3142921757

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

HEMATOLOGIA

LILIA PAOLA ESPINOSA LOPEZ
BACTERIOLOGA

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

26/05/2021 15:04:23

35905322

Página : 1 De : 3
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06
Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:21.

Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 3142921757

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA UROANÁLISIS			
UROANÁLISIS			
FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**LIG TURBIO**		
Glucosa	**NEGATIVO**		
Proteinas	**NEGATIVO**		
Bilirrubinas	**NEGATIVO**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
P.H.	**6.0**		
Densidad	**1.025**		
Sangre	**NEGATIVO**		
Cetonas	**NEGATIVO**		
Nitritos	**NEGATIVO**		
Leucocitos	**NEGATIVO**		
MICROSCOPICO			
Leucocitos	**4-6**	xc	
Hematies	**0-2**	xc	
Células Epiteliales	**0-2**	xc	
Bacterias	+		
Moco	+		

Fecha / Hora Validado : 2021-05-17 / 18:23

DRA TATIANA BLANCO ANGARITA
BACTERIOLOGA
T.P # 5-0069

QUIMICA

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

35905322

No. Autorizacion :

Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06

Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:21.

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 3142921757

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
COLESTEROL TOTAL			
COLESTEROL TOTAL			
Resultado	**178**	mg/dl	Deseable < 200 mg/dl Limitrofe Alto 200 - 239 mg/dl Alto > 240 mg/dl

Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 12:15

GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				
Resultado :	**85**	mg/dl	74 74-100 mg/dL	100 mg/dl

Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 12:15

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]			
HDL (COLESTEROL ALTA DENSIDAD)			
Resultado	**32**	mg/dl	Bajo < 40 mg/dl Alto >o= 60 mg/dl

Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 12:15

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

26/05/2021 15:04:23

35905322

Página : 3 De : 3
No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06
Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:21.

Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

NT. 900152996-7

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 314292175

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]			
Resultado	**95.8**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl
			DATO CONFIRMADO. SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLÍNIC
Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 12:15			
TRIGLICERIDOS			
TRIGLICERIDOS			
Resultado	**251**	mg/dl	Normal <150 mg/dL Limitrofe Alto 150-199 mg/dl Alto 200-499 mg/dL Muy Alto > 500 mg/dL
			DATO CONFIRMADO. SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLÍNIC
Fecha / Hora Validado : 2021-05-14 / 12:15			

MARIA ROSANGELA SANCHEZ CAPACHO
BACTERIOLOGA
T.P 60395771

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

51601196

Nombre.	NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER		Fecha de recepcion:	16-May-2021 4:56 am	
Identificacion	CC 7188337	Tel.	Fecha de impresion:	20-May-2021 8:22 am	
Edad	35 Años 0 Meses 2 Dias	Sexo M	Empresa	COMPENSAR E.P.S.- CPL	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA	
No. Ordenamiento	51414832		Fecha Validacion	19-May-2021 1:05:00p.m.	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
BRUCELLA ANTICUERPOS IgM	0.2		
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
Negativo: Menor 0.9
Indeterminado: 0.9 - 1.1
Positivo: Mayor 1.1

SERRATO BELLO MARLON
CC 94'517.942
BACTERIÓLOGO

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
C.C 88.272.036
BACTERIOLOGO

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels. 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3768 • Fax: 257 2012

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S

Atención: 50032

900152996-7

Paciente: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS - **ID:** 7188337 - **EDAD:** 35 - **Fecha:** 13/05/2021
Cliente: PARTICULARES - **Empresa: PARTICULARES** - - Cargo: INSTRUCTOR

Tipo Examen: INGRESO - **Teléfono:** -3102844784

Usuario: JSOLE

Servicio	Valor Total	Copago
GLICEMIA	10.000	10.000
PERFIL LIPIDICO	33.000	33.000
HEMOGRAMA IV	16.000	16.000
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	32.000	32.000
VISIOMETRIA	17.000	17.000
AUDIOMETRIA	20.000	20.000
ESPIROMETRIA	18.000	18.000
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD	13.000	13.000
EVALUACION PSICOLOGICA	35.000	35.000
TITULACION ANTICUERPOS ANTIBRUSELOSIS	138.000	138.000
	$ 332.000	$ 332.000

35905322

NT. 900152996-7

No. Autorizacion :
Fecha Registro : 2021-05-13 07:14:06
Fecha Impresión : 2021-05-26 15:04:26.

Paciente	: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.Costo**	: REMITIDOS
Direccion	:	**Identificación**	: CC 7188337
Entidad	: CLIENTE SIMEDI PARA SALUD OCUPACIONAL	**Edad/Sexo**	: 35 A / MASCULINO
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefonos**	: 3102844784 - 314292175;

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV				
HEMOGRAMA IV				
Recuento de Leucocitos	**5.08**	x10^3mm^3	4.0 -	10.0 x10^3mm^3
% Neutrofilos	**51.0**	%	43.6	73.4
% Linfocitos	**35.7**	%	19.1	48.5
% Monocitos	**3.8**	%	0.0	6.8
% Eosinofilos	**9.0**	%	2.0 -	4.0 %
% Basofilos	**0.5**	%	0.0 -	1.0 %
# Neutrofilos	**2.59**	x10^3mm^3	2.0 -	7.50 x10^3mm^3
# Linfocitos	**1.82**	x10^3mm^3	1.0 -	4.00 x10^3mm^3
#Monocitos	**0.19**	x10^3mm^3	0.00	0.52 x10^3mm^3
# Eosinofilos	**0.46**	x10^3mm^3	0.0 -	0.50 x10^3mm^3
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 -	0.20 x10^3mm^3
Recuento de Eritrocitos	**5.39**	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**16.4**	g/dl	Hom. 14.0-17.0	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**48.3**	%	Hom. 42.0-48.0	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**89.6**	fl	80 -	100

---COPIA---

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Certificado
Bancario

Viernes, 14 de mayo de 2021

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS identificado(a) con CC 7188337, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	60600031808	2019/09/02	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. 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	51-46-101009821	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
01	06	2021	01	06	2021	00:00	23	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER			Identificación:	7188337
Dirección:	CL 3 NRO. 11 - 35	Ciudad:	MIRAFLORES - BOYACA	Teléfono:	3102844784

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:	KILOMETRO 1 VIA PANTANO DE VARGAS	Ciudad:	DUITAMA - BOYACA	Teléfono:	7721313

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.2557781 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 EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA- DOBLE TITULACIÓN EN EL ÁREA PECUARIA DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/06/2021	23/04/2022	$ 2,444,113.30

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	$ 2,444,113.30	01/06/2021

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

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR

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. 51-46-101009821, 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 1 días del mes de Junio de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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.51-46-101009821

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.

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 51461010098210

FECHA					
01/06/2021					
RECIBIMOS DE:	NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER			C.C. 7188337	
LA SUMA DE:	VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 51-46-101009821				
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SOGAMOSO - CU. ESTATAL - 101009821 - 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°: 51461010098210

FECHA					
01/06/2021					
RECIBIMOS DE:	NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER			C.C. 7188337	
LA SUMA DE:	VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 51-46-101009821				
	SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA SOGAMOSO - CU. ESTATAL - 101009821 - 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