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 TOLIMA**
**CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**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** | **73** |
| **Código Centro** | **922610** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **14033-747458** |
| **No. de documento** | **167845** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ | **C.C.** | 93.387.268 | **IP/Nº de contacto** | 86119 |
| **Correo electrónico contratista:** | ffbernal@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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 80725756642 | |
| **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:** | 2643337/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **209321** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.020.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 20.020.000 | **1** | **Del** | **14/07/2021** | **Al** | **31/07/2021** | **$ 2.310.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 17.710.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.2643337,PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DENTRO DEL PROGRAMA REGULAR INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA Â€“ EMPREN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.310.000 | | 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** | **$ 2.310.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.534.950** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 924.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 115.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 147.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.900 | $ 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 511.650 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.534.950,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.046.600,00 | |
| 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 - 8544 | 6.140,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Bomberos | 368,00 | 6,000% |
| 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** | **$ 2.303.492,00** | |

**SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeacion de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales para la formacion de Comportamiento Emprendedor (Matriz de analisis del diseño curricular al desarrollo curricular, guia de aprendizaje, ATA).
Tambien se realizo mercadeo para la consecución de aprendices en el programa de formacion complementaria Comportamiento Emprendedor.
Estas actividades la realice en la ciudad de Ibagué.

**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.

**FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ**
**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,

**PITTER FERNEY BORRERO LOPEZ**
**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**

**LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

Bogotá, Junio 24 de 2021

Señor:
BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO
CC. 93387268
MZ B CA 5 BRR ARCA PARAISO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 8 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BERNAL OLAYA SANTIAGO | 1107980765 | T | Mar-8-2017 | 52 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| OLAYA BOLIVAR LUYEY | 65773468 | C | May-10-2017 | 52 | 26 | COMPAÑERO(A) | VIGENTE | | | Ninguna |
| BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO | 93387268 | C | Mar-8-2017 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| COORPORACION POLITECNICO REGIONAL DE EDUCACION | 93387268 | Dependiente | CERRADO |
| CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS | 93387268 | Dependiente | CERRADO |
| CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS | 93387268 | Dependiente | CERRADO |
| FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ | 93387268 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ | 93387268 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ | 93387268 | Trabajador Independiente | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **93.387.268** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de junio de 2021.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20210625111150

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14770415481

(415)7707212489984(8020) 000001477041548 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 3 3 8 7 2 6 8 | 6 | Impuestos y Aduanas de Ibagué 9 | |

## 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 | 9 3 3 8 7 2 6 8 | 1 9 9 0 1 1 2 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERNAL | VELASQUEZ | FABIAN | FERNANDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ B CA 5 BRR ARKAPARAISO

42. Correo electrónico: fab7217@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 7 8 7 9 6 4 7 8 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 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 2021 - 07 - 06 / 11 : 29: 58

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 BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14770415481

(415)7707212489984(8020) **000001477041548 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | Impuestos y Aduanas de Ibagué 9 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos e 4 7 5 9 |

162. Nombre del establecimiento: ODONTHOMEDIC DEL TOLIMA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

165. Dirección: CL 72 3 A 22 BIS

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 9 3 0 5 8 | 2 0 0 8 0 7 0 8 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 2 6 7 7 3 3 4 | 2 0 1 3 0 3 1 8 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

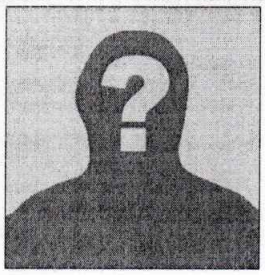
165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Certificamos y Auditamos IPS S.A.S.
Res Mintransporte: 3780 27/09/2013
Reg IPS: 7300102308

**Nombre: Fabian Fernando, Bernal Velasquez**
**Documento: 93387268**
**Sexo: Masculino**
**Edad: 48 años. (17/07/1972)**
**Grupo sanguineo: 0 +**
**Restricciones:**
**Estado civil: Union libre**
**Estudios: Postgrado**
**Domicilio: Arkaparaiso Mz b Cs 5**
**Restricciones:**



**Examen tomado el día 25/06/2021**
**Tipo de exámen: General**
RESULTADO DE CERTIFICACIÓN:
**1**

| **Test de visión** | | | |
|---|---|---|---|
| Agudeza visual | Vision binocular | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| | Ojo izquierdo | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| | Ojo derecho | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| Agudeza visual cercana | Vision binocular | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| | Ojo izquierdo | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| | Ojo derecho | 20/20 (Hasta linea #7) | Aprobado |
| Discriminacion de colores | | 100% de aciertos. | Aprobado |
| Apreciación de distancia | | 100% de aciertos | Aprobado |
| Foria visual | Foria Horizontal | Dentro de lo normal | Aprobado |
| | Foria Vertical | Dentro de lo normal | Aprobado |
| Vision nocturna | | Reconoce figuras a 35 candelas | Aprobado |
| Vision encandilada | | Reconoce figura a 45 candelas | Aprobado |
| Recup. de encandilamiento | | 02:10 segundos. | Aprobado |
| Test de perimetria | Ojo izquierdo | Hasta 85 grados | Aprobado |
| | Ojo derecho | Hasta 85 grados | Aprobado |
| | Perimetria Vertical | Hasta 70 grados | Aprobado |
| Examen auditivo | Ambos oidos | Todas las frecuencias. | Aprobado |
| | Oido izquierdo | Todas las frecuencias. | Aprobado |
| | Oido derecho | Todas las frecuencias. | Aprobado |
| **Resultado: APROBADO** | | | |
| *Responsable de este exámen: Administrador* | | | |

Dra. Luz Stella Garzon Mendez
OPTÓMETRA
Reg. 123[illegible] TINO / FUSM

Identificacion: 93387268
Nombre: Fabian Fernando, Bernal Velasquez

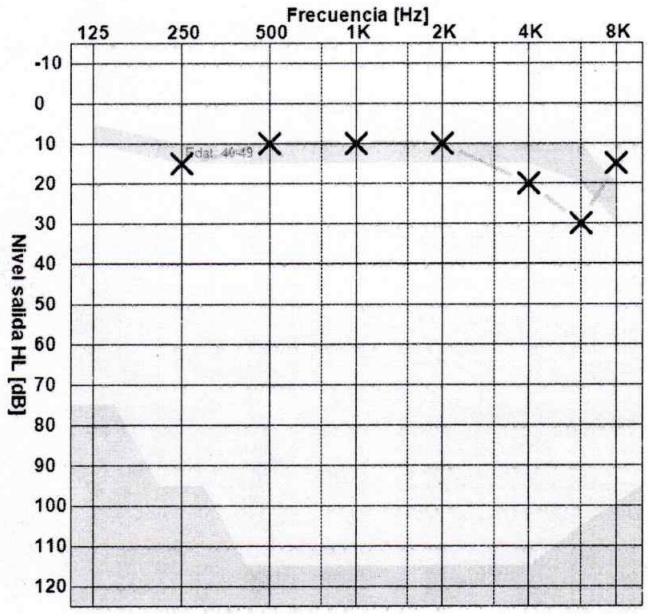
00015379

No usuario

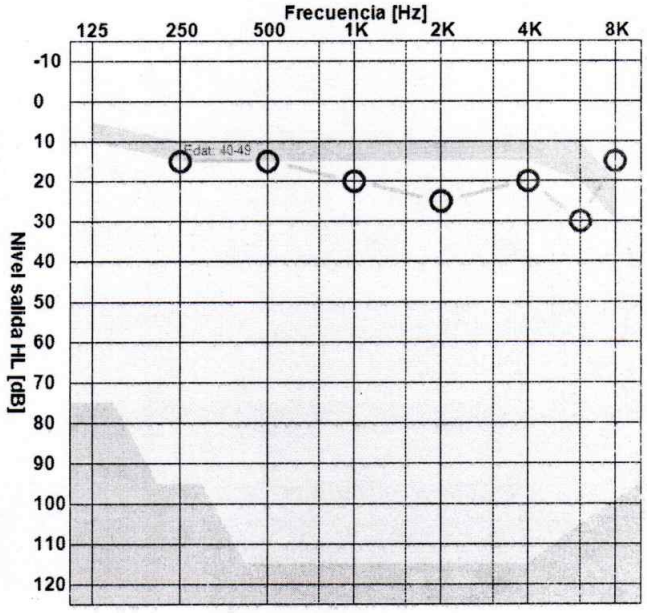
| FABIAN F. BERNAL VELASQUEZ | |
|---|---|
| **Nº** | 93387268 |
| **Fecha nacimiento** | 17/07/1972 |
| **Edad** | 48 |
| **Empresa/ Escuela** | presisec |

25/06/2021 11:36 a.m.

| | 125 | 250 | 500 | 750 | 1K | 1.5K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aerea izquierda** | | 15 | 10 | | 10 | | 10 | | 20 | 30 | 15 |
| **Áereo derecha** | | 15 | 15 | | 20 | | 25 | | 20 | 30 | 15 |




Izquierdo




Derecho

**Notas:**

AUDIOMETRIA: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA 6000 HZ BILATERAL. --2021-06-25 11:44:25

FONOAUDIÓLOGA

| Legend | L | R |
|---|---|---|
| AC | X | O |
| AC - Masked | □ | △ |
| BC | > | < |
| BC - Masked | ⌋ | ⌊ |
| MCL | M | M |
| UCL | U | U |
| AC - Mask Level | — | — |
| BC - Mask Level | ⌐ | ⌐ |

Usuario: No usuario

Información del audiometro: Numero de serie: 310-1547-GNES Tipo: Oscilla® USB-310 Fecha de calibración: 20201222

Dra. Amparo Lopez Herran - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 4B No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

Central Ltda
Apoyo con Calidad en su Diagnóstico

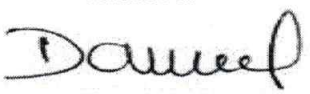
10390561

**Solicitud.** : 10390561 
**Paciente** : FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ
**Identificación** : 93387268
**Convenio** : PARTICULAR

**Fecha Recepción:** 2021-05-18 09:28:25
**Fecha Impresión :** 2021-05-18 17:17:08.
**Municipio** : IBAGUE - TOLIMA
**Edad/Sexo** : 48 A

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **COLESTEROL TOTAL** | | | |
| COLESTEROL.....: | 245 | mg/dl | HASTA 200 |
| METODO : COLORIMETRICO. | | | |
| RESULTADO CONFIRMADO.....: | . | | |
| **TRIGLICERIDOS** | | | |
| TRIGLICERIDOS.....: | 124 | mg/dl | |
| METODO : COLORIMETRICO | | | |
| US National Institutes of Health | | | |
| Evaluación del Riesgo | | | |
| BAJO: | | | 0 - 1 |
| DUDOSO: | | | 151 - 1 |
| ALTO: | | | 200 - 4 |
| MUY ALTO: | | | > 5 |
| **COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL** | | | |
| COLESTEROL HDL.....: | 67.2 | mg/dl | MAYOR DE 35 |
| METODO : ENZIMATICO | | | |
| **COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL** | | | |
| COLESTEROL LDL.....: | 153.0 | mg/dl | 0 - 1 |
| **COL VLDL** | | | |
| COLESTEROL VLDL.....: | 24.80 | mg/dl | 0 - |
| **INDICE ARTERIAL** | | | |
| INDICE ARTERIAL.....: | 3.6 | . | 0 - 4 |
| **GLUCOSA EN SUERO U OTROS FLUIDOS DIFERENTES A ORINA** | | | |
| GLICEMIA.....: | 96 | mg/dl | 70 - 1 |
| METODO : COLORIMETRICO | | | |
| NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS | | | 60 - 1 |
| DE 60 A 89 AÑOS | | | 82 - 1 |
| DE 90 A 110 AÑOS | | | 75 - 1 |

Validado Por:



DAISSY PATRICIA BONILLA GUZMAN
BACTERIOLOGA
REG. 20 LETRA B FOLIO 12

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 4B No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

Laboratorio Clínico Central Ltda.
Apoyo con Calidad en su Diagnóstico

10396614



**Solicitud.** : 10396614
**Paciente** : FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ
**Identificación** : 93387268
**Convenio** : PARTICULAR

**Fecha Recepción:** 2021-06-25 09:12:00
**Fecha Impresión :** 2021-06-25 17:42:29.
**Municipio** : IBAGUE - TOLIMA
**Edad/Sexo** : 48 A

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **UROANALISIS** | | | |
| PARCIAL DE ORINA | | | |
| EXAMEN FISICOQUIMICO | | | |
| COLOR .....: | AMARILLO | | |
| ASPECTO .....: | LIGT. TURBIO | | |
| DENSIDAD .....: | 1.030 | | |
| Ph .....: | 5.0 | | |
| PROTEINAS .....: | 0 mg/dL | | 0 mg/dL |
| GLUCOSA .....: | 0 mg/dL | | 0 mg/dL |
| ACETONA .....: | 0 mg/dL | | 0 mg/dL |
| HEMOGLOBINA .....: | 0 Cell/uL | | 0 Cell/uL |
| UROBILINOGENO .....: | Normal | | Normal |
| NITRITOS .....: | Negativo | | Negativo |
| BILIRRUBINA.....: | 0 mg/dL | | 0 mg/dL |
| SEDIMENTO | | | |
| LEUCOCITOS.....: | 1 - 3 | por campo | |
| CELULAS EPITELIALES.....: | 0 - 2 | por campo | |
| BACTERIAS.....: | + | | |
| MOCO.....: | +++ | | |
| HEMATIES.....: | 0 - 2 | por campo | |
| OXALATO DE CALCIO.....: | 20 - 25 | por campo | |

Validado Por:

ERIS BEY MARTINEZ ARDILA
BACTERIOLOGA
REG. 11 5802

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 4B No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

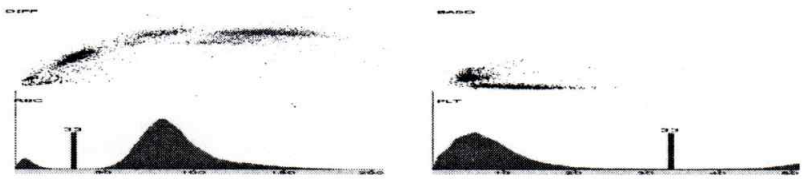


**Solicitud.** : 10396614
**Paciente** : FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ
**Identificación** : 93387268
**Convenio** : PARTICULAR

**Fecha Recepción:** 2021-06-25 09:12:00
**Fecha Impresión :** 2021-06-25 17:42:29.
**Municipio** : IBAGUE - TOLIMA
**Edad/Sexo** : 48 A

**HEMOGRAMA IV AUTOMATIZADO**
CUADRO HEMATICO

| ANALISIS | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA | |
|---|---|---|---|---|
| LEUCOCITOS..... | 6.60 | 10^3/uL | 4.5 | 10.8 |
| NEUTROFILOS ..... | 3.71 | 10^3/uL | 2.20 | 4.80 |
| LINFOCITOS..... | 2.08 | 10^3/uL | 1.30 | 2.90 |
| MONOCITOS..... | 0.71 | 10^3/uL | 0.30 | 0.80 |
| EOSINOFILOS..... | 0.06 | 10^3/uL | 0.0 | 0.2 |
| BASOFILOS..... | 0.05 | 10^3/uL | 0.0 | 0.10 |
| NEUTROFILOS ..... | 56.2 | % | 43.0 | 65.0. |
| LINFOCITOS..... | 31.5 | % | 20.5 | 45.5 |
| MONOCITOS.....: | 10.7 | % | 5.5 | 11.7 |
| EOSINOFILOS ..... | 0.9 | % | 0.9 | 2.9 |
| BASOFILOS ..... | 0.7 | % | 0.2 | 1.0 |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS..... | 5.48 | 10^6/L | 4.20 | 6.10 |
| HEMOGLOBINA..... | 16.9 | g/dl | 12.0 | 18.0 |
| HEMATOCRITO..... | 49.8 | % | 37.0 | 55.0 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.....: | 90.9 | fl | 81.0 | 99.0 |
| HEMOGLOBULINA CORPUSCULAR MEDIA..... | 30.9 | pg | 26.0 | 31.0 |
| CONCENTRACION DE HCM..... | 34.0 | g/dl | 32.0 | 36.0 |
| ANCHO DE DISTRIBUCION..... | 14.6 | % | 11.5 | 15.5 |
| PLAQUETAS.....: | 281 | 10^3/uL | 150 | 400 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO.....: | 5.3 | fl | 6.2 | 12.0 |



Validado Por:

Luz Stella C.
RP 13 L "C"

LUZ STELLA CARANTON VARON
BACTERIOLOGA
REG. 13 LC

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

I. DATOS PERSONALES

Nombre: FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ CC 93.387.268
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO
Nivel de Estudio: UNIVERSIDAD
Instrumentos aplicados: VALANTI Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA INTEGRAL PARA ADULTOS
Examinador: LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO

EVALUACIÒN NEUROCOGNITIVA

FECHA DE ADMINISTRACIÒN 25-06-2021 PRUEBAS ADMINISTRADAS: Atención, Memoria, Gnosis, Praxias, Lenguaje y Pensamiento

ATENCIÒN

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE FUNCIÓN: Normal

MEMORIA

PRODUCCION DEL PACIENTE: Dos figuras erradas respetando forma y tamaño sin dificultades. En caso de fallar en una figura corrige espontáneamente o con facilitación del examinador.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

GNOSIAS

PRODUCCION DEL PACIENTE: Reconoce correctamente los estímulos en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PRAXIAS

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Movimientos correctos y adecuados a los solicitados, en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

LENGUAJE

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea en tiempo y forma.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PENSAMIENTO

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Respuestas adecuadas del tipo de pensamiento lógico- Abstracta
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

INFORME NEUROCOGNITIVO FINAL: SE PUEDE CONCLUIR DE LAS PRUEBAS REALIZADAS QUE EL SR. FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ NO PRESENTA ALTERACIONES. NIEGA USAR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

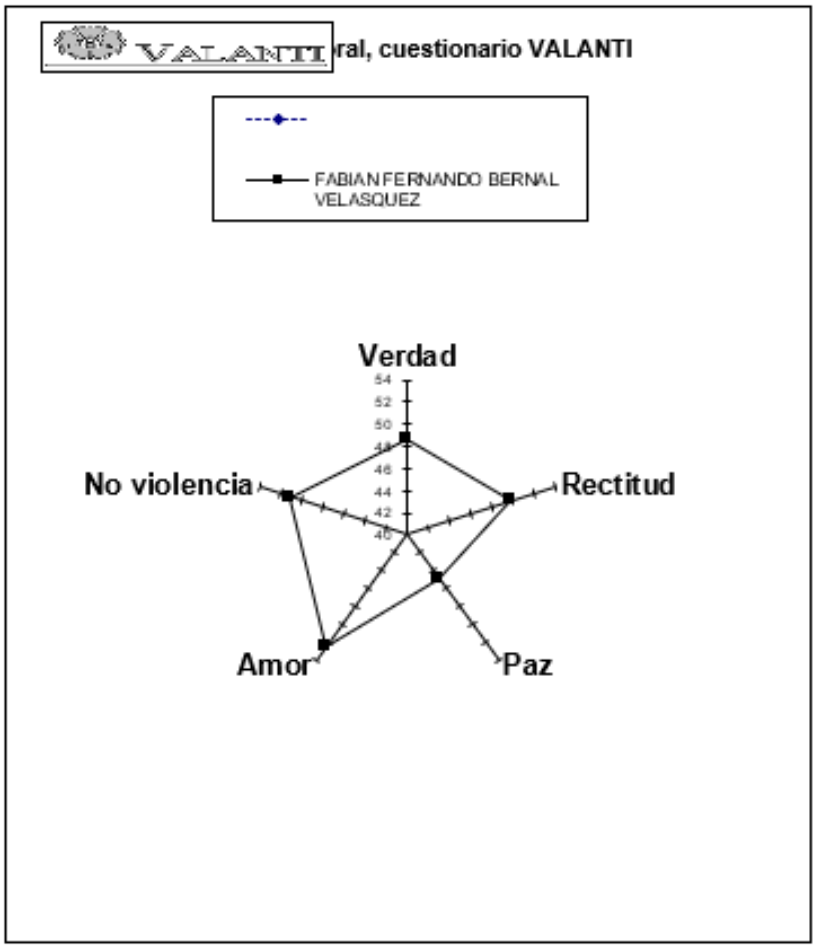
FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | FABIAN FERNANDO | | |
| Edad: | 48 | Sexo | M |
| Cargo: | INSTRUCTOR FORM | | |
| Estudios | UNIVERSIDAD | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 1 | 25-jun-21 |
| 2 | 1 | 2 | |
| 3 | 1 | 2 | |
| 4 | 2 | 1 | |
| 5 | 2 | 1 | |
| 6 | 1 | 2 | |
| 7 | 3 | 0 | |
| 8 | 2 | 1 | |
| 9 | 1 | 2 | |
| 10 | 3 | 0 | |
| 11 | 1 | 2 | |
| 12 | 2 | 1 | |
| 13 | 2 | 1 | |
| 14 | 1 | 2 | |
| 15 | 2 | 1 | |
| 16 | 1 | 2 | |
| 17 | 2 | 1 | |
| 18 | 2 | 1 | |
| 19 | 1 | 2 | |
| 20 | 2 | 1 | |
| 21 | 1 | 2 | |
| 22 | 1 | 2 | |
| 23 | 3 | 0 | |
| 24 | 1 | 2 | |
| 25 | 1 | 2 | |
| 26 | 2 | 1 | |
| 27 | 1 | 2 | |
| 28 | 3 | 0 | |
| 29 | 2 | 1 | |
| 30 | 2 | 1 | |

| Valor | Verdad | Rectitud | Paz | Amor | No violencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730) | 15,65 | 21,05 | 17,35 | 16,68 | 21,22 |
| Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730) | 4,70 | 4,44 | 6,61 | 5,41 | 7,19 |
| Puntajes directos | 15 | 21 | 14 | 18 | 22 |
| | | | | | |
| FERNANDO BERNAL | 49 | 50 | 45 | 52 | 51 |
| Interpretación del puntaje estándar | Promedio | Promedio | Promedio | Promedio | Promedio |
| | **** | **** | **** | **** | **** |
| Distancia con la Organización | 49 | 50 | 45 | 52 | 51 |



LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

---

FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

I. DATOS PERSONALES

Nombre: FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ CC 93.387.268
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO
Nivel de Estudio: UNIVERSIDAD
Instrumentos aplicados: VALANTI Y EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA INTEGRAL PARA ADULTOS
Examinador: LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO

EVALUACIÒN NEUROCOGNITIVA

FECHA DE ADMINISTRACIÒN 25-06-2021 PRUEBAS ADMINISTRADAS: Atención, Memoria, Gnosis, Praxias, Lenguaje y Pensamiento

ATENCIÒN

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE FUNCIÓN: Normal

MEMORIA

PRODUCCION DEL PACIENTE: Dos figuras erradas respetando forma y tamaño sin dificultades. En caso de fallar en una figura corrige espontáneamente o con facilitación del examinador.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

GNOSIAS

PRODUCCION DEL PACIENTE: Reconoce correctamente los estímulos en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PRAXIAS

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Movimientos correctos y adecuados a los solicitados, en tiempo y forma.
PUNTAJE : 0 (Cero) ALTERACIÓN : Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

LENGUAJE

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Realiza correctamente la tarea en tiempo y forma.
PUNTAJE: 0(Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

PENSAMIENTO

PRODUCCIÒN DEL PACIENTE: Respuestas adecuadas del tipo de pensamiento lógico- Abstracta
PUNTAJE: 0 (Cero) ALTERACIÓN: Inexistente EJECUCIÓN DE LA FUNCIÓN: Normal

INFORME NEUROCOGNITIVO FINAL: SE PUEDE CONCLUIR DE LAS PRUEBAS REALIZADAS QUE EL SR. FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ NO PRESENTA ALTERACIONES. NIEGA USAR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

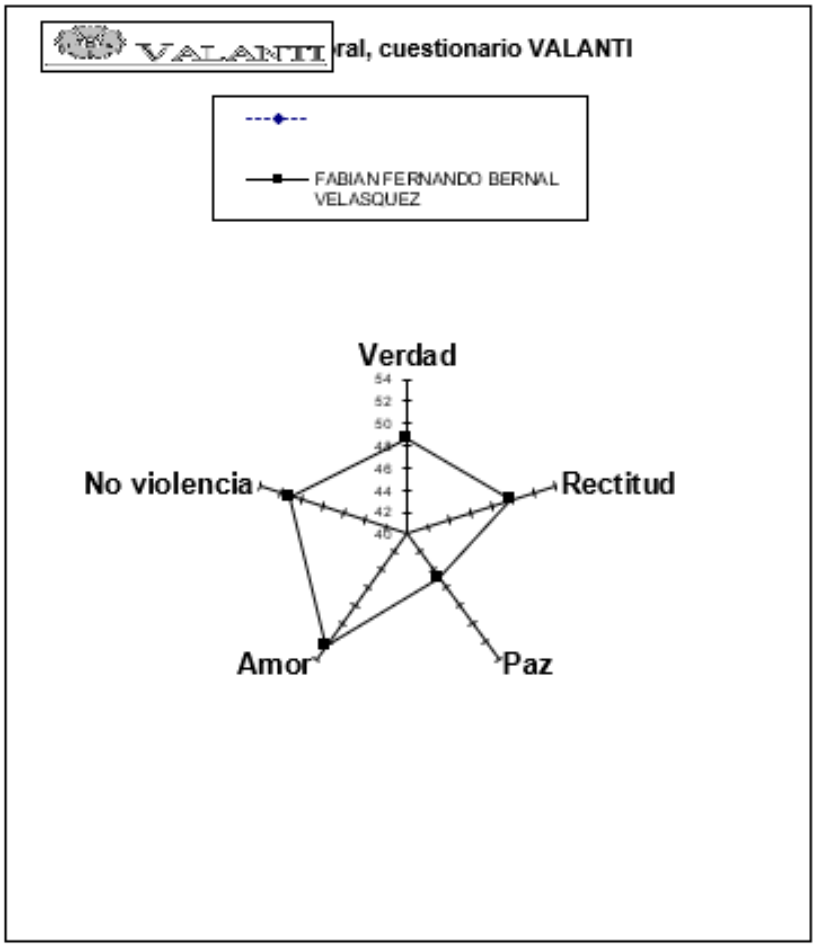
FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO

LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

| | |
|---|---|
| Nombre: | FABIAN FERNANDO |
| Edad: | 48 |
| Sexo | M |
| Cargo: | INSTRUCTOR FORM |
| Estudios | UNIVERSIDAD |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 1 | 25-jun-21 |
| 2 | 1 | 2 | |
| 3 | 1 | 2 | |
| 4 | 2 | 1 | |
| 5 | 2 | 1 | |
| 6 | 1 | 2 | |
| 7 | 3 | 0 | |
| 8 | 2 | 1 | |
| 9 | 1 | 2 | |
| 10 | 3 | 0 | |
| 11 | 1 | 2 | |
| 12 | 2 | 1 | |
| 13 | 2 | 1 | |
| 14 | 1 | 2 | |
| 15 | 2 | 1 | |
| 16 | 1 | 2 | |
| 17 | 2 | 1 | |
| 18 | 2 | 1 | |
| 19 | 1 | 2 | |
| 20 | 2 | 1 | |
| 21 | 1 | 2 | |
| 22 | 1 | 2 | |
| 23 | 3 | 0 | |
| 24 | 1 | 2 | |
| 25 | 1 | 2 | |
| 26 | 2 | 1 | |
| 27 | 1 | 2 | |
| 28 | 3 | 0 | |
| 29 | 2 | 1 | |
| 30 | 2 | 1 | |

| Valor | Verdad | Rectitud | Paz | Amor | No violencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730) | 15,65 | 21,05 | 17,35 | 16,68 | 21,22 |
| Desviación Standar Normas nacionales, 1997 (n=730) | 4,70 | 4,44 | 6,61 | 5,41 | 7,19 |
| Puntajes directos | 15 | 21 | 14 | 18 | 22 |
| | | | | | |
| FERNANDO BERNAL | 49 | 50 | 45 | 52 | 51 |
| Interpretación del puntaje estándar | Promedio | Promedio | Promedio | Promedio | Promedio |
| | **** | **** | **** | **** | **** |
| Distancia con la Organización | 49 | 50 | 45 | 52 | 51 |



LINA MARCELA FERREIRA GUERRERO
PSICOLOGA
ESPECIALISTA DE GERENCIA DE RECURSOSHUMANOS Y D O.
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

---

FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR FORMACION PARA EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387268 realizó el día 30/07/2021 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 FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93387268 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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 FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93387268, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 14/07/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 1.

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): 202101017312990.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Julio de 2021.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Impreso por Internet el 29/07/2021 2:01:59 p. m.**
**ISCDC: 29/07/2021 2:01:59 p. m.**

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Ibagué, 30 de Junio de 2021.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ identificado(a) con CC No. 93387268 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | Número Producto | Fecha Apertura (aaaa/mm/dd) | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA AHORROS PLAN NOMINA PREMIUM | 80725756642 | 2003/01/25 | A ACTIVA |

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado 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: (575) 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.



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | 25 | 25-44-101156956 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 07 | 2021 | 14 | 07 | 2021 | 00:00 | 30 | 04 | 2022 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| BERNAL VELASQUEZ, FABIAN FERNANDO | CC: 93.387.268 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| MZ B CS 5 B. ARKAPARAISO | IBAGUE, TOLIMA | 3178796478 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA | NIT: 899.999.034-1 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA | IBAGUE, TOLIMA | 0 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.2643337 DE 2021, CUYO OBJETO ES: Prestacion de servicios profesionales y de apoyo a la gestion para impartir formacion titulada y/o complementaria en la modalidad presencial dentro del programa Regular Institucional de Pedagogia Emprendimiento o programas afines a su perfil del Centro de Industria y Construccion en la vigencia 2021.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 14/07/2021 | 30/04/2022 | $2,002,000.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ ********2,002,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. | 143802 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE***

25-44-101156956

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | 25 | 25-44-101156956 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 07 | 2021 | 14 | 07 | 2021 | 00:00 | 30 | 04 | 2022 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | BERNAL VELASQUEZ, FABIAN FERNANDO | | CC: 93.387.268 |
| DIRECCIÓN: MZ B CS 5 B. ARKAPARAISO | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO: | 3178796478 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA | | NIT: 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | TELÉFONO | 0 |

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto

LA 14

Super INTER

SURTIMAX

Movii Red

Bancolombia

Carulla

éxito

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ ********2,002,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. | 143802 | 100.00 | | | |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

*PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE*

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

(415) 7709998021167 (8020) 1100560899301 0 (3900) 000000033320 (96) 20220714

REFERENCIA PAGO: 1100560899301-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PAGO DE FACTURAS

CONVENIO: PAG EST SEG DEL EST
NUM APROBACION: 431878
REFERENCIA: 1100560899301O
FECHA EFECTIVA: MIE 14 JUL 21
# TRANSACCION: 219474972035
VALOR: $3 320
FECHA EXPE:MIE14 JUL 21 10:53:49
195-06155620-239
781333-420948-044621-543394-49
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
LINEA NACIONAL 018000512825
OPCION 3. BOGOTA 7432626
AGT 121156 CLR 52955016
05173959-830204

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

## 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.**

**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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ (  ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.