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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
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	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**22374-767526**
No. de documento	**333706**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN FELIPE MARIN CABRA	**C.C.**	1.072.647.137	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jfmarin731@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:		**Tipo de cta**		**Nº Cuenta**			
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3503942/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**12122**	
Valor Total del Contrato	$ 12.317.955	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.317.955	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al** **28/02/2022**	**$ 1.895.070,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.422.885		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES P

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.895.070		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	**$ 1.895.070**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.207.553**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1043626827**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.500	$ 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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 402.518	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.207.553,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.610.070,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	15.553,00	0,966%
-	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	**$ 1.879.517,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Competencia: EJERCER DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y LOS CONVENIOS INTERNACIONALES.
Competencia: ENRIQUE LOW MURTRA-INTERACTUAR EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL DE ACUERDO CON PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN
Actividades: Guía, talleres, estrategias didácticas activas, estudio de casos, socializaciones y simulaciones.
Fichas: 2202922, 2253006, 2308585, 2462558, 2202923.

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.

JUAN FELIPE MARIN CABRA
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 CARLOS GONZALEZ ARENAS
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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-02-03, 02:41:52 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2022
Empresa	JUAN FELIPE MARIN CABRA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1072647137
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1043626827
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1311629223
Banco	(1012) - BANCO GNB SUDAMERIS
Valor	$ 290.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 125.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 5.300	$ 0
		SubTotales:		$ 290.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 290.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN FELIPE MARIN CABRA identificado(a) con CC 1072647137 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**06/03/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PORTAL NORTE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 26 días del mes enero del 2022 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14681731063

(415)7707212489984(8020) 000001468173106 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 2 6 4 7 1 3 7	2 0 0 6 0 4 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARIN	CABRA	JUAN	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 15 43 39 AP 207

42. Correo electrónico: juanfelipemarincabra@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2020 - 02 - 03

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 CARDENAS TRUJILLO JUAN SEBASTIAN
985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

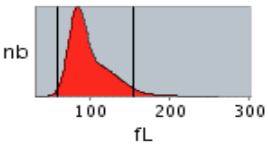
20104828

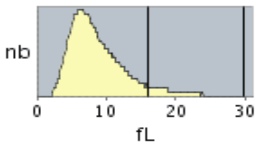
Nombre	MARIN CABRA JUAN FELIPE		
Identificacion	CC 1072647137	Tel.	1
Edad	31 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	168470		

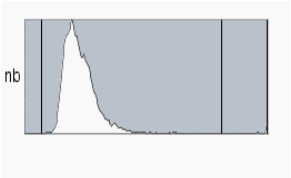
Fecha de recepcion:	01-feb-2020 7:57 pm
Fecha de impresion:	02-feb-2020 9:44 am
Empresa	MEDICAL GLOBAL CENTER-CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	02-feb-2020 7:31:00a.m.

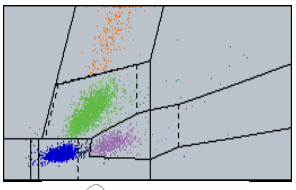
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
E	4.72	millones	4.50 a 6.10
H	16.1	gr/dl	14.0 a 18.0
H	47.5	%	42.0 a 53.0
V	100	fl	80 a 98
H	34.0	pg	27.0 a 31.0
C	33.9	gr/dl	32.0 a 35.0
A	11.9	%	11.0 a 15.0
L	5.1	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
	46.7	%	50.0 a 67.0
	37.1	%	27.0 a 40.0
	11.3	%	3.0 a 12.0
	3.5	%	1.0 a 4.0
	0.8	%	0.0 a 1.0
	1.5	%	0.0 a 2.5
	2.37	10/mm3	2.00 a 7.50
	1.88	10/mm3	1.00 a 4.00
	0.57	10/mm3	0.20 a 1.20
	0.18	10/mm3	0.00 a 0.50
	0.04	10/mm3	0.00 a 0.20
	0.07	10/mm3	0.00 a 0.25
P	208	miles/mm3	150 a 450
V	9.00	um3	7.5 a 8.5
P	0.187	%	
I	15.1	%	
E	3	mm/h	1 a 15









GERYMAR DEL VALLE BARON GARCIA
CC: 1019154204
BACTERIOLOGA

Método: Espectrofotometría	88	mg/dl	65 a 99

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

20104828

Nombre	MARIN CABRA JUAN FELIPE		
Identificacion	CC 1072647137	Tel.	1
Edad	31 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	168470		

Fecha de recepcion:	01-feb-2020 7:57 pm
Fecha de impresion:	02-feb-2020 9:44 am
Empresa	MEDICAL GLOBAL CENTER-CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	01-feb-2020 9:30:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PERFIL LIPIDICO			
[redacted] **todo: Espectrofotometría**	194	mg/dl	0 a 200
[redacted] **todo: Espectrofotometría**	55	mg/dl	40 a 70
[redacted] **todo: Espectrofotometría**	107	mg/dl	0 a 150

GLEYDIS MARIA GOMEZ G.
CC. 1.071.348.375
BACTERIOLOGA

PERFIL LIPIDICO

C[redacted]	117	mg/dl	

V. de Referencia:
Ideal: Menor de 100 mg/dl
Casi Ideal: 100 a 129 mg/dl
Bordeline Alto: 130 a 159 mg/dl
ALTO: 160 a 189 mg/dl
Muy Alto: Mayor de 189 mg/dl

LILIANA AGUIRRE PALACIOS
CC 52.883.174
BACTERIOLOGIA

LILIANA AGUIRRE PALACIOS
CC 52.883.174
BACTERIOLOGIA

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16/09/2011

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN DE: INGRESO

Bogotà, Febrero 03 de 2020 Hora: 8,03 **Control:** 1

DATOS GENERALES

No Identificación: 1072647137 **Paciente:** MARIN CABRA JUAN FELIPE

Fecha Nacimiento: Abril 23 de 1988 **Lugar:** CHIA **Edad:** 31

Estado Civil: SOLTERO **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: PARTICULARES **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**

ARP: NO AFILIADO **AFP:** PORVENIR

CARGO: INSTRUCTOR

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: REALIZADA-NORMAL

Visiometria: NO APLICA

Psicometrico: REALIZADA-NORMAL AL MOMENTO DE LA EVALUACION

Espirometria: NO APLICA

Optometria: REALIZADA-NORMAL SIN ALTERACIONES DE COLOR

Otros: EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR REALIZADO NORMAL

PARACLINICOS REALIZADOS(PERFIL LIPIDICO,CUADRO HEMATICO,GLICEMIA) NORMAL

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGIA APARENTE

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables
Examen no valido para porte ni tenencia de armas

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son veridicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico, otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional

PATRICIA CUELLAR AFANADOR		Juan Felipe Marin
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MEDICO: 52414232		NOMBRE: MARIN CABRA JUAN FELIPE
LICENCIA S.O: 12919:2014		CEDULA: 1072647137

Escaneado con CamScanner

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16/09/2011

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN DE: INGRESO

Bogotà, Febrero 03 de 2020 Hora: 8,03 **Control:** 1

DATOS GENERALES

No Identificación: 1072647137 **Paciente:** MARIN CABRA JUAN FELIPE

Fecha Nacimiento: Abril 23 de 1988 **Lugar:** CHIA **Edad:** 31

Estado Civil: SOLTERO **No Hijos:** 0 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: PARTICULARES **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: FAMISANAR **Act.Económica:**

ARP: NO AFILIADO **AFP:** PORVENIR

CARGO: INSTRUCTOR

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometria: REALIZADA-NORMAL

Visiometria: NO APLICA

Psicometrico: REALIZADA-NORMAL AL MOMENTO DE LA EVALUACION

Espirometria: NO APLICA

Optometria: REALIZADA-NORMAL SIN ALTERACIONES DE COLOR

Otros: EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR REALIZADO NORMAL

PARACLINICOS REALIZADOS(PERFIL LIPIDICO,CUADRO HEMATICO,GLICEMIA) NORMAL

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGIA APARENTE

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables
Examen no valido para porte ni tenencia de armas

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mi en el examen médico están completas, son veridicasy permitieron la elaboración del presente certificado medico, otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

PATRICIA CUELLAR AFANADOR		Juan Felipe Marin
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MEDICO: 52414232		NOMBRE: MARIN CABRA JUAN FELIPE
LICENCIA S.O: 12919,2014		CEDULA: 1072647137

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

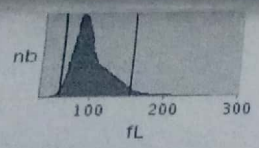
20104828

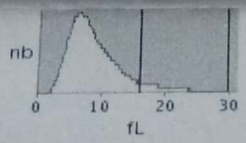
Nombre	MARIN CABRA JUAN FELIPE		
Identificacion	CC 1072647137	Tel.	1
Edad	31 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	168470		

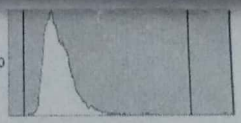
Fecha de recepcion:	01-feb-2020 7:57 pm
Fecha de impresion:	02-feb-2020 9:44 am
Empresa	MEDICAL GLOBAL CENTER-CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	02-feb-2020 7:31:00a.m.

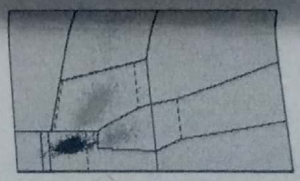
Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
ERITROCITOS	4.72	millones	4.50 a 6.10
HEMOGLOBINA	16.1	gr/dl	14.0 a 18.0
HEMATOCRITO	47.5	%	42.0 a 53.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	100	fl	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	34.0	pg	27.0 a 31.0
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb (CCMH)	33.9	gr/dl	32.0 a 35.0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	11.9	%	11.0 a 15.0
LEUCOCITOS	5.1	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	46.7	%	50.0 a 67.0
Linfocitos	37.1	%	27.0 a 40.0
Monocitos	11.3	%	3.0 a 12.0
Eosinòfilos	3.5	%	1.0 a 4.0
Basòfilos	0.8	%	0.0 a 1.0
Linfocitos Reactivos	1.5	%	0.0 a 2.5
Segmentados	2.37	10/mm3	2.00 a 7.50
Linfocitos	1.88	10/mm3	1.00 a 4.00
Monocitos	0.57	10/mm3	0.20 a 1.20
Eosinòfilos	0.18	10/mm3	0.00 a 0.50
Basòfilos	0.04	10/mm3	0.00 a 0.20
Linfocitos Reactivos	0.07	10/mm3	0.00 a 0.25
PLAQUETAS RECUENTO	208	miles/mm3	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.00	um3	7.5 a 8.5
PCT	0.187	%	
IDP	15.1	%	
ERITROSEDIMENTACION	3	mm/h	1 a 15









GERTMAR DEL VALLE BARON GARCIA
CC: 1019154204
BACTERIOLOGA

GLICEMIA EN AYUNAS	88	mg/dl	65 a 99
Metodo: Espectrofotometría			

Escaneado con CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

20104828

Nombre	MARIN CABRA JUAN FELIPE		
Identificacion	CC 1072647137	Tel.	1
Edad	31 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	168470		

Fecha de recepcion:	01-feb-2020 7:57 pm
Fecha de impresion:	02-feb-2020 9:44 am
Empresa	MEDICAL GLOBAL CENTER-CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	01-feb-2020 9:30:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL Metodo: Espectrofotometria	194	mg/dl	0 a 200
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) Metodo: Espectrofotometria	55	mg/dl	40 a 70
TRIGLICERIDOS Metodo: Espectrofotometria	107	mg/dl	0 a 150

GLEYDIS MARIA GOMEZ G.
CC. 1.071.348.375
BACTERIOLOGA

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	117	mg/dl

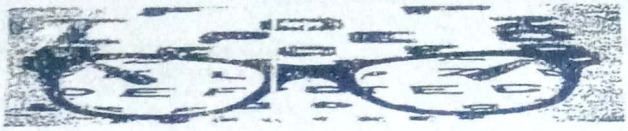
V. de Referencia:
Ideal: Menor de 100 mg/dl
Casi Ideal: 100 a 129 mg/dl
Bordeline Alto: 130 a 159 mg/dl
ALTO: 160 a 189 mg/dl
Muy Alto: Mayor de 189 mg/dl

LILIANA AGUIRRE PALACIOS
CC 52.885.174
BACTERIOLOGIA

LILIANA AGUIRRE PALACIOS
CC 52.885.174
BACTERIOLOGIA

Escaneado con CamScanner

ENTREGAR RECUPERADO. al Paisa



DR: EUSTORGIO MUÑOZ
OPTOMETRA ESPECILISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
CONTACTOLOGO
CALLE 52 No 15-70
TEL: 3005864306
3115196080 - 3165788340

FECHA: DD 01 | MM 02 | AAAA 2020

TIPO DE EXAMEN

INGRESO	CAMBIO OCUPACION	PERIODICO PROGRAMADO	RETIRO	POST INCAPACI	REINTEGRO
	X				

NOMBRE Y APELLIDO	Juan Felipe Marin C.	IDENTIFICACION	1.072.647.137	TELEFONO	
GENERO	M X F	EDAD	31	EMPRESA	Tendipo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION		TIEMPO EN ESTE OFICIO	
¿UTILIZA ALGUN TIPO DE PROTECCION OCULAR?	SI	NO	CUAL?

ANTECEDENTES OCULARES

LE HAN PRACTICADO EXAMEN DE OPTOMETRIA?	SI	~~NO~~	FECHA DE ULTIMO EXAMEN	DD	MM	AAAA
TIENE LENTES FORMULADOS	SI ~~NO~~	ULTIMO CAMBIO	LOS USA ACTUALMENTE	SI	NO	
TIPO DE CORRECCION	ANTEOJOS	CUAL?	LC	LOS PRESENTA AL EXAMEN	SI	~~NO~~
FORMA DE USO	PERMANENTES	OCASIONALES	VER DE CERCA	VER DE LEJOS	OTROS	
ANTECEDENTES	SI ~~NO~~	CIRUGIA OCULAR	PATOLOGIA	CUAL?	FECHA	
SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL	SI	NO	CUAL? Sintomatico gafas lejos			

AGUDEZA VISUAL

	VISION LEJANA				VISION CERCANA			
	O.D		O.I		O.D		O.I	
	SIN CORRECCION	con correccion	sin correccion	con correccion	sin correccion	con correccion	sin correccion	con correccion
	08		08		OVO		OVO	

EXAMEN EXTERNO	OD	normal	OI	Iccl	PPC	
COVER TEST	LEJOS	Ø	CERCA	X'E		
OFTALMOLOGIA	OD	FU	OI	FU		
VISION CROMATICA	NOTMAL	X ANORMAL	ESTEROPSIS	NORMAL	X ANORMAL	
QUERATOMETRIA	OD	41.75 / 42.00 X 0	OI	42.00 / 42.00 X 0°		
RETINOSCOPIA	OD	2	OI	2		
SUBJETIVO	OD	2	OI	2		
FORMULA FINAL	OD	2	OI	2		
FILTRO			USO			

DIAGNOSTICO Emetrope, presbicia

OBSERVACIONES

REMISION A EPS | SI | NO | FIRMA Y SELLO

CONSENTIMIENTO INFROMADO

Yo _____ identificado con cc No _____ autorizo a el profesional abajo mensionado a que se me realice de manera voluntaria el examen de optometria en Seguridad y Salud en el trabajo, y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realizacion de el examen de optometria en Seguridad y Salud en Trabajo. comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos de el examen de optometria en Seguridad y Salud en el Trabajo, a partir de la informacion recibida por el profesional, abajo mensionado . Certifico que la infromacion que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad de a la misma . Autorizo que suministre la informacion necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion de la Seguridad y Salud en el trabajo

profesional

Dr. Eustorgio Muñoz Reyes
Optómetra Especialista
Director Científico

Cel.: 3005864306 3116280 - 3165788340

Aspirante o trabajador

Juan Felipe Marin C.

Escaneado con CamScanner

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16 09 2011

HISTORIA AUDIOLOGIA OCUPACIONAL



EXAMEN DE: INGRESO Bogotá, 2020/02/01 Hora: 20

I. DATOS PACIENTE

No Identificacion: 1072647137 -00000 Paciente: MARIN CABRA JUAN FELIPE Edad: 31
Empresa: PARTICULARES Cargo: INSTRUCTOR
EPS: FAMISANAR Tiempo:

II. ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLOGICOS: Ninguno
OTROS:
QUIRURGICOS: Ninguno
OTROS: Ninguno
EXTRALABORALES: Ninguno
OTROS: Traumaticos: NO Patologicos: NO
Hereditarios: NO Toxicologicos: NO

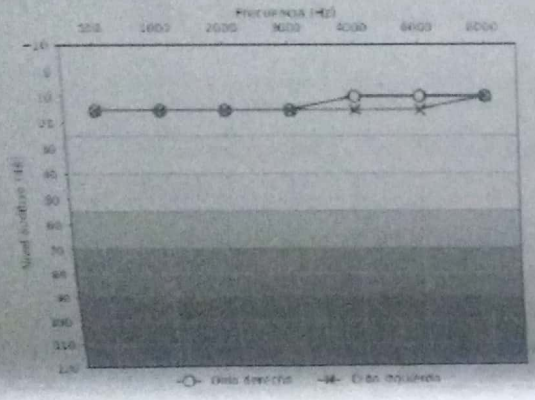
III. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA CARGO: TIEMPO EXPOSICION: USOELEMENTOS DE PROTECCION:

Reposo Auditivo (horas): 8 HORAS Uso de EPA Actual: NO

OTOSCOPIA:

Oido Derecho: Normal
Oido Izquierdo: Normal
Observacion:



GRADO SEVERIDAD:

Normal : 00 a 25 db
Leve : 26 a 40 db
Moderada: 41 a 55 db
Moderada Severa: 56 a 70 db
Severa : 70 a 90 db
Profunda: mayor 90 db

PTA (0.5, 1, 2 Y 3 Hz)

Oido Derecho : 15.00	15	15	15	15	10	10	10
Oido Izquierdo : 15.00	15	15	15	15	15	15	10

DIAGNOSTICOS:

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
APTO SIN PATOLOGIA APARENTE

RECOMENDACIONES:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo JUAN FELIPE MARIN CABRA Identificado(a) con CC Nro 1072647137
actuando en pleno uso de mis facultades legales, libre de apremio, coaccion, amenazas o engaños manifiesto que he sido informado que el presente documento tiene por objeto autorizar a MEDICAL GLOBAL CENTER SAS , con licencia de prestacion de servicios en salud ocupacional para realizar el examen de audiometria y otoscopia y las valoraciones clinicas complementarias requeridas en el proceso de evaluacion ocupacional a las cuales se les dara el tratamiento previsto en las normas legales vigentes Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Dra. Yeraldi C. Enriquez
Audiologa ERP S.C
C.C 1067[illegible]

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Juan Felipe Marin

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: MARIN CABRA JUAN FELIPE

CEDULA: 1072647137

Escaneado con CamScanner

NOMBRE: JUAN FELIPE MARIN CEDULA: 1072647137			FECHA: 1 FEBRERO 2020
CARGO:	INSTRUCTOR	EDAD: 31 AÑOS	SEXO : M

TEST DE PERSONALIDAD WARTEGG

Conocedor de sus debilidades y fortalezas, respecto a las relaciones sociales se toma un tiempo prudencial para relacionarse, pero lo realiza de manera adecuada, en cuanto a las metas personales le hace falta centralidad. En el área laboral es proactivo, analiza y sintetiza adecuadamente la información. Respecto a las normas sociales las conoce y sigue sin dificultad.

La evaluación se realiza con el fin de identificar si la paciente es apta o no para trabajar en espacios confinados y alturas.

RESULTADO TEST DE ACROFOBIA

Paciente se le realiza el Test de acrofobia (miedo a las alturas)

Deacuerdo al resultado del test, el total en la puntuación de respuestas aplicado a la paciente:

PARTE I Escala de Ansiedad: 0-111 Respuesta: 5
PARTE II Escala de Evitación: 0-40 Respuesta: 1

Equivalente –**BAJO - NIVELES DE ANSIEDAD PARA ACROFOBIA** – ante situaciones de fobia a las alturas.

Esta respuesta en los ítems se logra evidenciar que presenta **BAJO** a niveles de ansiedad, ante situaciones que le puedan representar amenaza o factores estresantes y paralizantes en el desarrollo de su actividad. Logra demostrar **BAJO** tensión y manejo adecuado de ansiedad y a su vez autocontrol en situaciones de emergencia.

Se puede concretar que el paciente es una persona de carácter tranquilo y relajado ante *situaciones que puedan representar amenaza.*

RESULTADO TEST DE ANSIEDAD GENERALIZADO

0-5 = ausencia de ansiedad

6-14 =ansiedad menor

15-56 =mayor ansiedad

Escaneado con CamScanner

SINTOMAS PSIQUICOS: 3

SINTOMAS SOMATICOS: 0

Respecto al test de ansiedad generalizado el resultado total de la Prueba en puntuación es 3 sobre **56** donde Indica **AUSENCIA** sintomatología tanto psíquicos, como somáticos, lo que se puede calificar dentro de los estándares normales de manejo de ansiedad.

De esta manera también se logra evidenciar en la prueba puntúa adecuado estado en el área Intelectual y cognitivo, ausencia a síntomas depresivos, y somáticos.

A su vez se logra evidenciar estados de sintomatológicos normales relacionados a la parte cardiovascular, respiratoria y gastrointestinal en relación al manejo de ansiedad.

CONCEPTO:

Apto para el cargo
Condiciones psicológicas estables en el momento de la Evaluación.

ROSA CUEVAS GUTIERREZ
PSICOLOGA ESPECIALISTA
S O Y RIESGOS LABORALES.
T.P. 134513
L.S.O. 254932

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

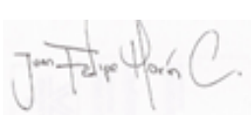
Que el Sr(a) JUAN FELIPE MARIN CABRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1072647137 realizó el día 10/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JUAN FELIPE MARIN CABRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1072647137 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 JUAN FELIPE MARIN CABRA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1072647137, contratista de la empresa INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013), con NIT No. 899999995, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/01/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 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): 202201012337963.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Febrero de 2022.

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 10/02/2022 12:01:12 p. m.
ISCDC: 10/02/2022 12:01:12 p. m.

BANCO GNB SUDAMERIS
NIT. 860.050.750-1

CERTIFICA QUE:

JUAN FELIPE MARIN CABRA,

identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.072.647.137,mantiene un vínculo comercial con esta Entidad a través de la Cuenta de Ahorros No. 90960017190, con fecha de apertura 2 de febrero de 2018

Se expide a solicitud del cliente, en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintiseis (26) días del mes de enero de 2022

Cordialmente,



GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101072120	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
01	02	2022	01	02	2022	00:00	16	12	2022	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MARIN CABRA JUAN FELIPE		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,072,647,137
DIRECCIÓN:	CRA 15 NO. 43-39	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	3185015515

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE ELECTRICIDAD ELECTRONICA Y TELECOMUNICACIONES DC		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 30 NO 17B-25 SUR	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	5960050
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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3503942 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DEACCIONES DE FORMACIÓN INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMAPRESENCIAL Y/O VIRTUAL Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN,EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LAS ÁREAS DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA,BIOMÉDICA,REFRIGERACIÓN,TELECOMUNICACIONES, TELEINFORMÁTICA Y GESTIÓN DEPROYECTOS PARA LOS SECTORES INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS ATENDIDOS POR ELCENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES DEL SENA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2022	16/12/2022	$ 1,231,795.50

ACLARACIONES:

LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA EN EL CONTRATO

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,231,795.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JAIRO WILCHEZ ROJAS	10178	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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101072120

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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. 14-46-101072120, 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 BOGOTA, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010721200

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: MARIN CABRA JUAN FELIPE — C.C. C.C. :1,072,647,137

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101072120

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101072120 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010721200

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: MARIN CABRA JUAN FELIPE — C.C. C.C. :1,072,647,137

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101072120

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101072120 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO: $ 33,320.00
CHEQUE: $ 0.00
TARJETA: $ 0.00
BD: $ 0.00
OTROS: $ 0.00
TOTAL: $ 33,320.00

INTERMEDIARIO: JAIRO WILCHEZ ROJAS - 10178

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670035928 00

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000035928002

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	
01/02/2022 09:27a.m.	

RECIBIMOS DE: JUAN FELIPE MARIN CABRA — CC. 1.072.647.137

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000035928002

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-46-101072120-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS: $33,320.00

TRANSACCION: 0003592800

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/1/2022 9:27:36AM

172.16.10.23

Pago de Pólizas Seguros de Vida del Estado S.A.

GENERAL

Datos de la Transacción

Descripción:	Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales
Razón Social:	Seguros del Estado
Nit:	8600095786
No Factura:	10000035928002
Canal:	832345
Nro. Identificación:	1072647137
Banco:	BANCO GNB SUDAMERIS
Valor:	$33,320.00
Fecha:	01/02/2022
No transacción PSE:	1307397738
Estado Transacción:	Transacción Aprobada Si desea conocer el estado de su transaccion comuniquese con Pago de iRecaudo Seguros del Estado Generales en el Tel: NUL-SEGUROS DEL ESTADO 3078288 Opc 5 Ext 326 o 419 o PSE SOPORTE 7X24 4044773
IP:	190.27.26.226

Imprimir Transaccion | Fin de la Transaccion