

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL BOLÍVAR</p> <p align="center">CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-BOLIVAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p align="center">Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	13
			<p>Código Centro</p>	930410
			<p>Fecha Elaboración</p>	Febrero de 2022
			<p>Versión</p>	ENERO 2022 - 1,22
			<p>ID de Proceso</p>	41195-981294
		<p>No. de documento</p>	351662	

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Correo electrónico contratista: germaruiz@misena.edu.co	C.C. 93.415.265	IP/N° de contacto 3213694962	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ Es declarante de renta? ☐ SI ☐ Es Pensionado? ☐ NO			
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores ☐ NO ☒ SI Inducción SST ☐ SI ☒ NO Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒ NO			
Banco al cual consignar: ☐ BANCOLOMBIA ☒ AHORROS N° Cuenta 17871354511			
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ SI ☒ NO Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200 ☐ SI ☒ NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato: 3342777/2022	N° Compromiso SIIF 24222		
Valor Total del Contrato \$ 39.000.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 39.000.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 35.100.000	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago Del 01/02/2022 Al 28/02/2022 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 3.900.000,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN LA RED SALUD, EN EL AREA DE SALUD QUE OFRECE EL CENTRO			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios Ingresos de otros meses cobrados en el mes TOTAL INGRESOS DEL PERIODO BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.900.000 \$ 0 \$ 3.900.000 \$ 2.299.050	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Retefuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC Aporte obligatorio a seguridad social salud Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional ARL 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 Retención en la Fuente Contingente	Febrero ----- Enero 4431695716 \$ 1.560.000 \$ 195.000 \$ 249.600 \$ - \$ 8.200 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 1.216.128 \$ 390.000 \$ - \$ 766.350 \$ -	Valor Base retención en la fuente Valor Base retención en la fuente ICA Valor base IVA IVA (Si es RESPONSABLE) Menos Retención en la Fuente Menos Retención IVA Reteica - 8299 Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Descuentos de Libranza Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR	2.299.050,00 3.455.400,00 0,00 0,00 0,00 0,00 31.200,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 \$ 3.868.800,00	TARIFA 19% 0,00% 15% 0,800% 0,000% 0,000% 0,000% 0,000%

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Realice Formacion complementaria virtual dictada en el departamento de Bolivar, en la ciudad de Cartagena. Utilice en el mes de febrero, herramientas tecnológicas para la formacion complementaria virtual, Whatsapp, plataforma territorio y bigbluebutton. Imparti formacion complementaria virtual en las siguientes fichas, las cuales terminan el 09/03/2022: 2479172 - ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS 2479173 - ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS 2479176 - ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS 2479177 - ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS COMPETENCIA DE APRENDIZAJE 230101271 Establecer la presencia de eventos de salud pública según normativa nacional	

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.	GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, DUVIS ROSARIO ARRIETA ORTEGA INSTRUCTOR G18

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

YENY LINEY ROMERO OCHOA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 160.000
SUBTOTALES:										\$ 160.000	\$ 0	\$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 125.000		\$ 0		\$ 0	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000
SUBTOTALES:									\$ 125.000				\$ 0	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 5.300	\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 5.300
SUBTOTALES:									\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 5.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																												
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																												
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		
1	CC 93415265	PINEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.000.000			NO																			230201- PROTECCI ON	30	\$	1.000.000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 160.000	EPS008- COMPENS AR	30	\$	1.000.000	\$	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$	1.000.000	\$	\$ 93415265	\$ 5.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 290.300
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 28 de febrero de 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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

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

T.I.	1104941404	SEBASTIAN PIÑEROS VALDERRAMA	HIJO
------	------------	------------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ

C.C.93415265

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.104.941.404**
PIÑEROS VALDERRAMA

APELLIDOS
SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastián Piñeros

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-2007**
IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-MAY-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

M

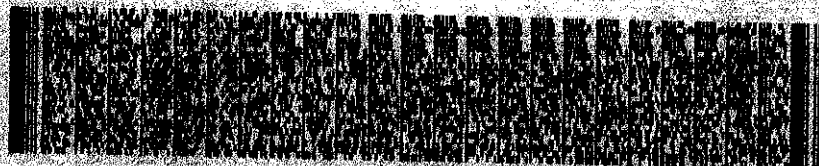
SEXO

12-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500160-00660818-M-1104941404-20150121

0042384928A 3

1142883005



NUIP 1104941404

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 40882601
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura	☐	Notaría	☒	Número	1404	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	1	2	B
País - Departamento	Manizales	Corregimiento de Inspección de Policía													

COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	PIÑEROS	Segundo Apellido	VALDERRAMA
Nombre(s)			
Fecha de nacimiento	2007	Mes	MAY
Día	07	Sexo (en latín)	MASCULINO
Grupo sanguíneo		Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento de Inspección)			

COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * A 7520372 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALDERRAMA PARAMO LORENA PATRICIA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 28,549,916 * DE IBAGUE * * * * * COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 93,415,265 * DE IBAGUE * * * * * COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 93,415,265 * DE IBAGUE * * * * *

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

* * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

* * * * *

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autotestifica

Año 2007 Mes MAY Día 15

JAMES GABRIEL MEJIA
Nombre y firma

Reconocimiento potestivo

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO 26. DEL CIRCULO DE IBAGUE

CERTIFICA QUE:

La presente fotocopia es fiel reproducción tomada del original que se halla en el indicativo serial

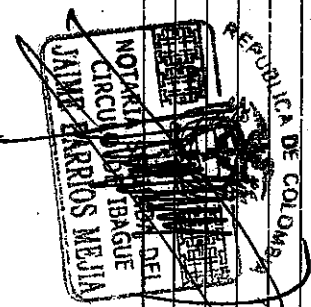
No.

40882601-1804722

De esta Notaría

31 MAR 2009

ibagué



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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ, con Cédula Ciudadanía No. 93415265 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/02/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2022 y fecha hasta 30/11/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012570606.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de febrero de 2022

Cordialmente

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

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.415.265**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ identificado(a) con cedula ciudadania 93.415.265, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210223	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
VALERIA SOFIA PIÑEROS VALDERRAMA	HI	1028407014	RC	20210223	No Registrada	Activo
ALAN SAMUEL PIÑEROS VALDERRAMA	HI	1020843849	RC	20210223	No Registrada	Activo
SEBASTIAN PIÑEROS VALDERRAMA	HI	1104941404	TI	20210223	No Registrada	Activo
LORENA PATRICIA VALDERRAMA PARAMO	CY	28549916	CC	20210223	20210223	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Enero de 2.022

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

No. PÓLIZA		CBC-100034386		No. ANEXO		2		No. CERTIFICADO		270084276		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		02/02/2022		SUC. EXPEDIDORA		CEN BOGOTA CHAPINERO	
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE			VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA				
00:00 Horas Del		28/01/2022		24:00 Horas Del		30/03/2023		N/A		N/A		N/A		N/A	

TOMADOR	PIÑEROS RUIZ, GERMAN AUGUSTO	No. DOC. IDENTIDAD	93.415.265
DIRECCIÓN	VEREDA LA MARTINICA PARTE BAJA FINCA LOS OCOBOS	TELÉFONO	3213694962
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 10 63	TELÉFONO	5461500
BENEFICIARIO	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLIVAR DEL SENA - TERNERA KM 1 VIA A TURBACO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 10 63	TELÉFONO	5461500

OBJETO DE CONTRATO

SE EXPIDE EL PRESENTE ANEXO PARA ACLARAR LA VIGENCIA DEL AMPARO DE CUMPLIMIENTO EL CUAL DE ACUERDO A LO FIJADO EN SECOP II :
CUMPLIMIENTO DESDE EL 01/02/2022 HASTA EL 30/03/2023.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADAS DE LA POLIZA CONTINUAN VIGENTES.

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.001.PCCNTR.3342777 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN LA RED SALUD, EN EL AREA DE SALUD QUE OFRECE EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLÍVAR DEL SENA, ASÍ COMO BRINDAR APOYO CUANDO EL SENA

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 28/01/2022	24:00 Horas Del 30/03/2023	3.900.000,00	0,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 3.900.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ANA CLARICIA MONROY REY	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	\$	0,00
DESCUENTOS	\$	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN
CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 02/02/2022			

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 0,00
GASTOS EXP.	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL A PAGAR	\$ 0,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENIDA Y DE LOS VASTOS CARGOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

[Handwritten signature]

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Carlos J. Finero Ruiz

TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

No. PÓLIZA	CBC-100034386	No. ANEXO	2	No. CERTIFICADO	270084276	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	02/02/2022	SUC. EXPEDIDORA	CEN BOGOTA CHAPINERO
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del 28/01/2022		24:00 Horas Del 30/03/2023			N/A		N/A

TOMADOR	PIÑEROS RUIZ, GERMAN AUGUSTO	No. DOC. IDENTIDAD	93.415.265
DIRECCIÓN	VEREDA LA MARTINICA PARTE BAJA FINCA LOS OCOBOS	TELÉFONO	3213694962
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 10 63	TELÉFONO	5461500
BENEFICIARIO	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLIVAR DEL SENA - TERNERA KM 1 VIA A TURBACO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CALLE 13 10 63	TELÉFONO	5461500

OBJETO DE CONTRATO

SE EXPIDE EL PRESENTE ANEXO PARA ACLARAR LA VIGENCIA DEL AMPARO DE CUMPLIMIENTO EL CUAL DE ACUERDO A LO FIJADO EN SECOP II :
CUMPLIMIENTO DESDE EL 01/02/2022 HASTA EL 30/03/2023.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADAS DE LA POLIZA CONTINUAN VIGENTES.

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.001.PCCNTR.3342777 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN LA RED SALUD, EN EL AREA DE SALUD QUE OFRECE EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLÍVAR DEL SENA, ASÍ COMO BRINDAR APOYO CUANDO EL SENA

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 28/01/2022	24:00 Horas Del 30/03/2023	3.900.000,00	0,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 3.900.000,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ANA CLARICIA MONROY REY	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	\$	0,00
DESCUENTOS	\$	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN
CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 02/02/2022			

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 0,00
GASTOS EXP.	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL A PAGAR	\$ 0,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VENCIDA Y DE LOS VASTOS CRUCADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Handwritten signature: *James H. [unclear]*

Ángela Patricia Munar Martínez - CC. 52.646.070
Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Ernest J. Finner King

TOMADOR



Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CBC-100034386** y endoso, 2 cuyo afianzado es: **PIÑEROS RUIZ, GERMAN AUGUSTO** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA / CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DE LA REGIONAL BOLIVAR DEL SENA - TERNERA KM 1 VIA A TURBACO**, expedida por la Compañía en **02/02/2022**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN BOGOTA CHAPINERO a los **02** días del mes **FEBRERO** del año **2022**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



**GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(DECRETO 1082 DE 2015)**

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

LOS AMPAROS DE LA POLIZA SERAN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRA RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACION SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA
LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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 INVERSION DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCION DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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 GARANTIA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE POLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTICULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTIA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICION DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARA A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARA LAS NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO

REPRESENTANTE, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA.

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACION

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE

DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO

ADMINISTRATIVO EJECUTORIADO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARAGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTÍNEE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACION

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE

EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACION

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS.

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCION

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE

LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2022__.



EL TOMADOR



COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



tu compañía siempre

CALLE 33 NO. 6B-24 PISOS 2 Y 3
TELEFONO 285 5600
BOGOTA, D.C.



I.P.S. SALUD OCUPACIONAL REGIONAL **SORE** S.A.S.

NIT. 900.421.821-1 / RÉGIMEN COMÚN
AV. FERROCARRIL No. 41-46 Tels.: 2647277
2701329 / Cel.: 310-8713746 Ibagué, Tolima
saludocupacionisore@yahoo.com / www.soresaludocupacional.com

Resolución Secretaría de Salud del Tolima No 3088 del 27 de Oct. 2017

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PACIENTE PARTICULAR				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
730001			Ibagué	
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR				
Apellidos y Nombres		Documento de Identidad	Edad	Género
PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO		CC 93415265	42 AÑOS	MASCULINO
Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia		Estado Civil	
Ibagué	Ibagué		CASADO (A)	
Teléfono Fijo	Dirección		Celular	
3213694962	VEREDA LA MARTINICA		3213694962	
Correo Electrónico				
GERMANPINEROS1001@GMAIL.COM				
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
Cargo				Fecha
INSTRUCTOR				2022-01-27
Lugar de realización examen		Ibagué		
EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL				
Tipo de examen realizado				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
Concepto				
APTO CON RECOMENDACION // CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR				
Motivo				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
- EXAMEN FISICO: SE REALIZA	
- ANAMNESIS DE HC : SE REALIZA	
- CONCEPTO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA	



ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS**CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)**

Ninguna/

CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)

Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/

Se Recuerda Y Se Informa Realizar Hábitos De Salud Y Disminuir O Eliminar El Consumo De Cigarrillo/

CONDUCTAS - GENERALES (ocupacion laboral)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./

MEDICAS PERSONALES

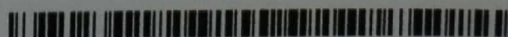
Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico Lider De Su Eps De Promoción Y Prevención De La Salud U Especialista Tratante (Reumatólogo O Internista) Y Seguir Indicaciones De Su Ultimo Control, Tomar Medicamentos Con Horarios Establecidos En El Programa. /

MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

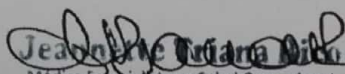
Se recomienda Realizar Pausas Activas Cada Dos Horas Durante La Jornada Laboral Y En General Cumplir Con Las Medidas De Autocuidado Como Parte De Las Actividades De Prevención. Siga Los Procedimientos Y Protocolos De Trabajo Establecidos Para Las Tareas Que Va A Realizar En El Área Asignada. Cumplir Con Las Normas De Salud Ocupacional Que Se Han Implementado En A Empresa De Acuerdo Al Panorama De Factores De Riesgo. Utilizar Los Epp Requeridos Para El Cargo De Acuerdo Al Panorama De Factores De Riesgo. Se recomienda Higiene Postural En El Desarrollo De Todas Las Actividades. Hábitos De Vida Saludables Evitando El Sedentarismo Y Promoviendo Una Ingesta Balanceada De Alimentos. Mantener Un Adecuado Peso Corporal Dentro Del Imc En Valores Normales. Covid19 - Adherirse De Manera Integral A Los Lineamientos Emitidos Por Presidencia De La Republica El Ministerio De Salud Con Relación A La Emergencia Sanitaria Por Covid19, Adoptando Además Los Protocolos Y Políticas Establecidas Por La Empresa, Informando De Manera Oportuna Ante Cualquier Síntoma Sospechoso. Cumplir Con Los Programas Del Sgsst Establecidos Por La Empresa. Las Presentes Recomendaciones Se Verificaran Según La Matriz De Riesgos Y Perfil Del Cargo, Pueden Estar Sujetas A Modificaciones Por Parte Del Grupo Interdisciplinario De La Compañía./

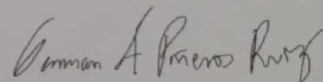
OTRAS RECOMENDACIONES

Hábitos De Vida Saludable Bajar De Peso Manejo Por Eps /



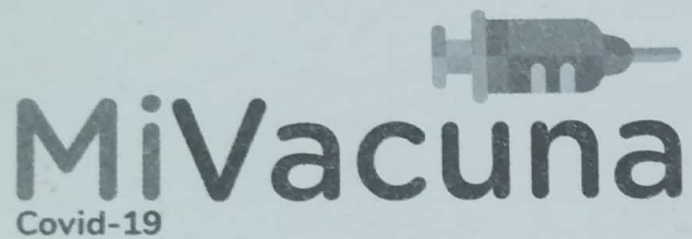
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	CONSERVACION VISUAL, CARDIOVASCULAR, BIOMECANICO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	OTRA ESPECIALIDADES
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES	
<p>Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesigramas.</p> <p>Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.</p> <p>Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.</p>	


 Médica Especialista en Salud Ocupacional
 R.M. 4636/96 Lic S.S.T. 3371
 Universidad Nacional
 UTRABIRICO JEANNETTE
 39695881
 R.M. 3371 S.S.T. RES. S.O. N° 4636/97

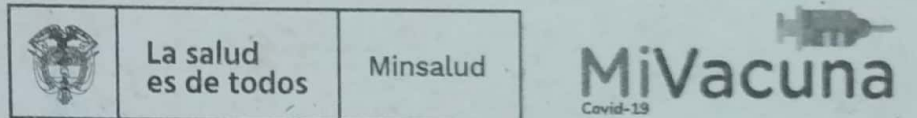

 FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.





www.minsalud.gov.co



Certificado de vacunación

Nombres: GERMAN AUGUSTO

Apellidos: PADEROS BUIZ

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. 93415265

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 01 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	13-7-21	Janssen	212A21A	C-Salud co-fa	Luisa M. Macías C.C. 1072701524 Aux. Enfermería	
	2						

Nombre: Geramán A. Piñeros Ruiz
Fecha: Agosto 25/2020

	ESF	CIL	EJE
OD	-1.75	-1.00	5
OI	-1.50	-1.00	175

ADD	DP	A.V.
	66	20/
	mm	/20.

Observaciones: Usa Transit. en
poly permanente

Control lamo.

Angela Henao Rojas
Firma
OFICINA METRA - UNI SALLE
RMS 0094



Nombre German Pineros
C.C. 93413265
Edad: 39
Empresa: Smg

VACUNA	FECHA DOSIS		
	1a.	2a.	3a.
Hepatitis B <u>Ex19002</u>	<u>6.11.19</u>		
Tétano			
Fiebre Amarilla			
Otros			



AUDIOMETRÍA

Admisión: 84501

Código de admisión del servicio: 405134

FECHA: 2019-10-22 08:46:13

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

TIPO DE EXÁMEN: PERIODICO

NOMBRE: GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ

EDAD: 39

TIPO DE DOCUMENTO: CÉDULA

DOCUMENTO: 93415256

CARGO: INSTRUCTOR

ÁREA: OPERATIVO

ANTIGÜEDAD: 42 MESES

REPOSO AUDITIVO: SI

CABINA: SI

AUDIOCUPS:

A. ANTECEDENTES PERSONALES

ONTOLÓGICOS

OTALGIA
OTITIS
OTORREA
OTORRAGIA
PRURITO
SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO
VÉRTIGO
TINNITUS
HIPOACUSIA SUBJETIVA
OTROS

QUIRÚRGICOS

NO CIRUGÍA DE OÍDO
NO TIMPANOPLASTIA
NO OTROS
NO PATOLÓGICOS
NO HIPERTENSIÓN ARTERIAL
NO DIABETES
NO RINITIS - SINUSITIS
NO OTROS

EXTRALABORALES

NO TEJO
NO MOTO
NO DISCOTECA
MÚSICA INTRACANAL
SERVICIO MILITAR
POLÍGONO
INSTRUM. MUSICAL
OTROS
NO

OTOSCOPIA

OÍDO DERECHO: NORMAL

OÍDO IZQUIERDO: MT PERFORADA

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA: -

CARGO: -

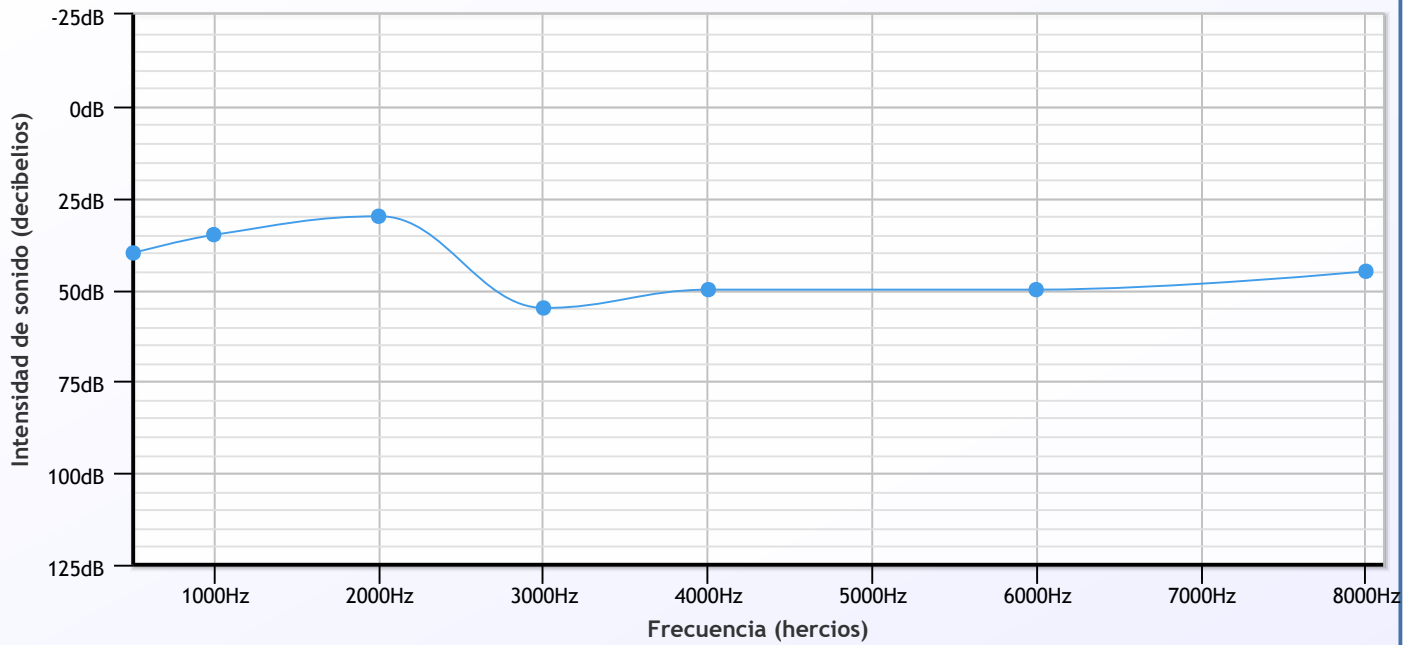
TIEMPO: -

PROTECCIÓN AUDITIVA: -

C. EVALUACIÓN

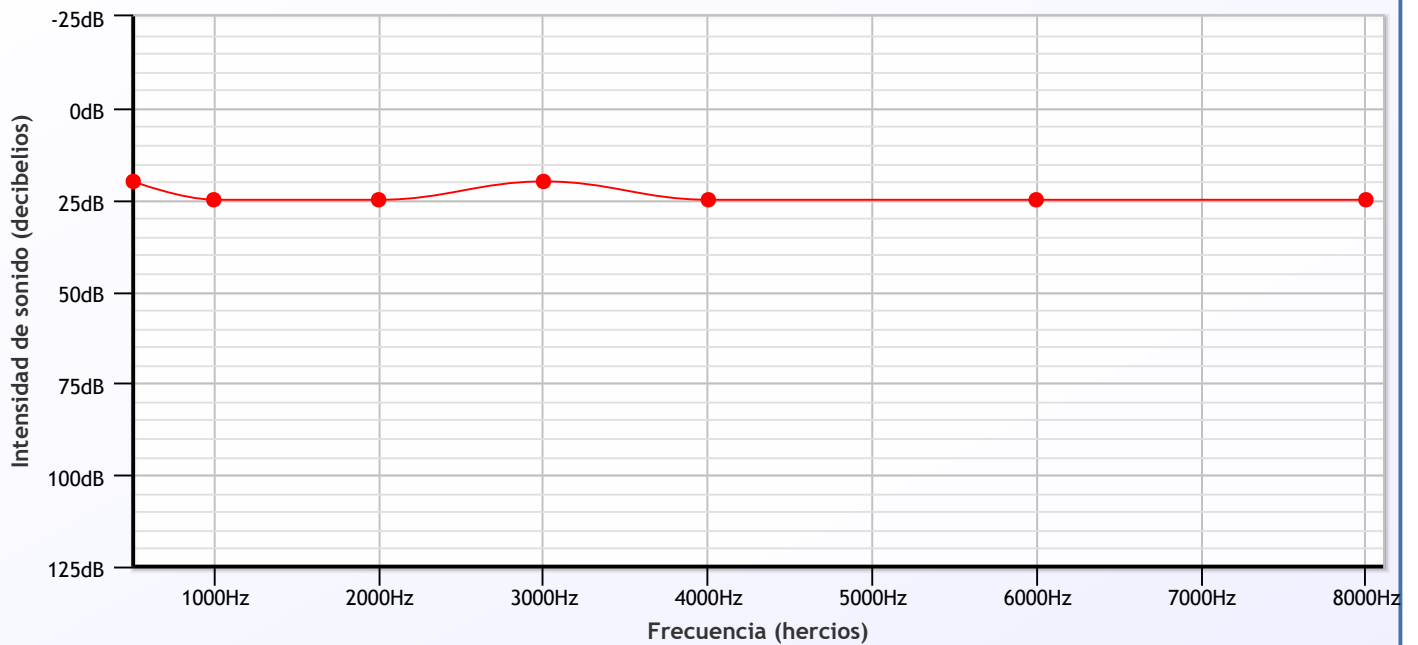
AUDIOGRAMA

Oído izquierdo



AUDIOGRAMA

Oído derecho



E. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO DESCRIPTIVO

OÍDO IZQUIERDO: DESCENSO DE GRADO LEVE A MODERADO PARA TODAS LAS FRECUENCIAS

OÍDO DERECHO: NORMAL

AUDICIÓN BILATERAL:

F. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO GATISO

N: Normal, L: Leve, M: Moderado, S: Servero, P: Profundo

500	NORMAL ▼	LEVE ▼	NORMAL ▼
1000	NORMAL ▼	LEVE ▼	NORMAL ▼
2000	NORMAL ▼	LEVE ▼	NORMAL ▼
3000	NORMAL ▼	MODERADO ▼	NORMAL ▼
4000	NORMAL ▼	MODERADO ▼	NORMAL ▼
6000	NORMAL ▼	MODERADO ▼	NORMAL ▼
8000	NORMAL ▼	LEVE ▼	NORMAL ▼

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

- | | |
|--|---|
| ☒ Control según SVE | ☒ E.P.P. Auditivo según SVE |
| ☐ Audiometría confirmada | ☐ Valoración control por orl |
| ☐ Exámenes complementarios | ☐ Limpieza Ótica |
| ☒ Reposo auditivo extralaboral | |



IRIAN NAYIVE ALDANA MOLINA
R.M. 2480 Licencia:1360

EXÁMEN DE CAPACIDAD VISUAL

Adaptado a la resolución 2346 de 2007 y 1918 de 2009

VISIONOMETRÍA ☐

OPTOMETRÍA ☒

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRE... **CIUDAD:** IBAGUÉ **TIPO:** INGRESO
APELLIDOS: PIÑEROS RUIZ **NOMBRES:** GERMAN AUGUSTO **FECHA:** 2019-10-22 09:46:59
DOCUMENTO: 93415256 **TIPO DE DOCUMENTO:** Cédula **EDAD:** 39
FECHA DE NACIMIENTO: 1980-01-10 **CARGO:**
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: **ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO:**

ANTECEDENTES

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES	SI	NO	ACUMULADO EN AÑOS	USO PROTECCIÓN VISUAL
QUÍMICOS (Humos - gases - vapores - polvos)		X	-	-
RADIACIÓN (Ultravioleta, infrarrojo, RX, hornos)		X	-	-
MECÁNICOS		X	-	-
USO VIDEO TERMINALES		X	-	-
ILUMINACIÓN INADECUADA	EXCESIVA		-	-
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (individuo)		X	-	-
RIESGO BIOLÓGICO		X	-	-

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL	VALORACIÓN FÍSICA	C. Anteojos	S. Ant.
ENFERMEDADES	X		FIBROMIALGIA Y OSTEOPOROSIS	Condición de los ojos	OD 20/20	20/60
TRATAMIENTOS	X		CA. A LOS 17 AÑOS		OI 20/20	20/80
MEDICAMENTOS	X		MANEJO PALEATIVO-	Agudeza visual cerca	OD 20/20	20/20
SINTOMATOLOGÍA OCULAR		X	-		OI 20/20	20/20
PATOLOGÍA OCULAR		X	-	Hallazgos Seg. Anterior	OD -	NORMAL
CIRUGÍA OCULAR		X	-		OI -	NORMAL
PROBLEMAS / REFRACCIÓN	X		-	Balance muscular	-	NORMAL
TIEMPO / EVOLUCIÓN	AÑOS		-	Visión Periférica	OD -	NORMAL
USA CORRECCIÓN	X		-		OI -	NORMAL
TIPO DE CORRECCIÓN	☐ Lentes de contacto	☐ Gafas	☐ Ambos	Visión de profundidad	-	NORMAL
				Visión de colores	-	NORMAL

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA

OFTALMOSCOPIA	MEDIOS REFRIGERANTES	POLO POSTERIOR	REFRACCIÓN
OD	MEDIOS TRANSLÚCIDOS	APARENTE/. NORMAL	-1.50-1.00X180
OI	MEDIOS TRANSLUCIDOS	APARENTE/. NORMAL	-1.50-1.00X0

EXÁMEN DE CAPACIDAD VISUAL

Adaptado a la resolución 2346 de 2007 y 1918 de 2009

QUERATOMETRÍA

OD

OI

MIRAS

RESULTADO

DIAGNÓSTICO

Rx final

Av

OD IGUAL RX USO 20/20

OI IGUAL RX USO 20/20

ADD

☐ DP (lejos)

☐ DP (cerca)

Emetropía

Ametropía MIOPIA Y ASTIGMATISMO

☒ Corregido

☐ Sin corrección

☐ Parcial corregido

☐ No requiere RX

DISPOSICIÓN

RECOMENDACIONES

☒ Control periódico

☒ Higiene visual

☐ Ortóptica

☒ Protección ocular

☐ Optometría

☐ Oftalmología



FIRMA PACIENTE _____

SANDRA LILIANA HERRERA RODRIGUEZ
RM. 14814-87

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
 Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
 E- mail: bioanálisisibague@gmail.com

Paciente : PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
Historia : 93415265
Identificación : 93415265
Edad/Sexo : 39 / M
Telefono : 3
Remisión : 02739868

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-10-22 09:47:48
Fecha Impresión : 2019-10-22 13:07:38.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
----------	-----------	----------	-----------------------	--

HEMATOLOGIA

Hemograma Tipo III - Método Automático

Recuento de Eritrocitos	5.61	x10 ⁶ /mm ³	4.50 -	6.50 x10 ⁶ /mm ³
Hemoglobina	15.4	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	46.01	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	81	um ³	80 -	100 fl
HB Corpuscular Media	27.5	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpuscular Media	33.9	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	15.7	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	290	x10 ³ /mm ³	150 -	450 x10 ³ /mm ³
Volumen Plaquetario Medio	8.8	um ³	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	39.0			
Plaquetocrito	0.26			
Recuento de Leucocitos	7.43	x10 ³ mm ³	4.0	10.0
% Neutrofilos	73.3	%		
% Linfocitos	25.7	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	1.1	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	5.44	x10 ³ mm ³		
# Linfocitos	1.91	x10 ³ mm ³	1.0 -	5.00 x10 ³ mm ³
# Monocitos	0.08	x10 ³ mm ³	0.20 -	1.50 x10 ³ mm ³

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:06

Validado por:



ALEJANDRA JINETH OCHOA
 BACTERIOLOGA
 T.P. 1101756194

INFECCIOSAS

HB:Ac. Anti HBs -(Anti - AgHBs)

Resultado **3.64** mIU/ml

Técnica: QUIMIOLUMINISCENCIA.

Valores de Referencia:

Título <8: Negativo.
 Título >8 y <12: Indeterminado.
 Título >12: Positivo.

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:28

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANÁLISIS IBAGUE E.U. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico informes@bioanálisisibague.com o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisibague@gmail.com

Paciente : PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
Historia : 93415265
Identificación : 93415265
Edad/Sexo : 39 / M
Telefono : 3
Remisión : 02739868

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-10-22 09:47:48
Fecha Impresión : 2019-10-22 13:07:38.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INFECCIOSAS

Validado por:



ALEJANDRA JINETH OCHOA
BACTERIOLOGA
T.P. 1101756194

QUIMICA

Glucosa

-				
Glucosa	71.82	mg/dl	70 -	105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL				
Técnica:Colorimetrica				

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Triglicéridos

Trigliceridos	335	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
---------------	------------	-------	--

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Colesterol Total

Colesterol			
RESULTADO	150.4	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico informes@bioanalisibague.com o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisibague@gmail.com

Paciente : PIÑEROS RUIZ GERMAN AUGUSTO
Historia : 93415265
Identificación : 93415265
Edad/Sexo : 39 / M
Telefono : 3
Remisión : 02739868

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-10-22 09:47:48
Fecha Impresión : 2019-10-22 13:07:38.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

Colesterol de Alta Densidad - HDL

Colesterol de Alta Densidad - HDL **36.87** mg/dl

Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL
Riesgo bajo: > 60 mg/dL

Técnica: DIRECTO

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático

Colesterol de Baja Densidad - LDL **46.53** mg/dl

Hasta 100 mg/dL OPTIMO
100-129 mg/dL CASI OPTIMO
130-159 mg/dL MODERADO
160-189 mg/dL ELEVADO
> 190 mg/dL MUY ELEVADO

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Colesterol VLDL

Colesterol VLDL **67.00** mg/dl 5 - 40

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Indice Arterial

Indice Arterial **4.1** Hasta 5

Fecha / Hora Validado : 2019-10-22 / 12:16

Validado por:

Paola Oliveros

PAOLA LIZETH OLIVEROS CHIA
BACTERIOLOGA
T.P 1152206362

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico informes@bioanalisibague.com o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.



Tunja, 19 de enero de 2022

Señores:
SENA REGIONAL TUNJA
Ciudad

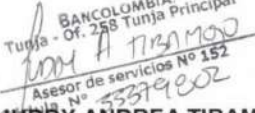
Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ** identificado (a) con cédula 93.415.265, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura
CTA AHORROS	178-713545-11	2011/07/06

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7423070 de Tunja, o en nuestra sucursal Tunja Principal ubicada en la Cra 10 No. 22 - 35.

Atentamente,


BANCOLOMBIA
Tunja - Of. 258 Tunja Principal
Asesor de servicios No 152
Juddy N° 5379002
JUDDY ANDREA TIBAMOSO E.
Supernumerario



Hace constar:

Que el Sr(a) GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 realizó el día 18/02/2022 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GERMAN AUGUSTO PIÑEROS RUIZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93415265 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 -