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 PUTUMAYO
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA - PUTUMAYO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM
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	**86**
Código Centro	**951810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**28559-858576**
No. de documento	**355997**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDINSON ERAZO LUNA	**C.C.**	18.189.422	**IP/Nº de contacto**	4227177
Correo electrónico contratista:	eerazol@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		726198716	
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:	236/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**23122**	
Valor Total del Contrato	$ 39.590.630	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.590.630	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al** **28/02/2022**	**$ 3.959.063,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.631.567		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTIÓ

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.959.063		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.959.063**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.630.747**		**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	----------	**9431007391**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.583.625	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 198.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 253.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 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	$ 876.916	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.630.747,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.507.663,00	
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	35.077,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.923.986,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Puerto Asís, Putumayo 1 al 28 de febrero, instructor formación regular.
TRASVERSAL: Gestión contable y financiera ficha: 2452639 formación Puerto Asís lunes a viernes de 1 PM a 6 PM 30 horas.
COM: GENERAR HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CONTEXTOS PRODUCTIVOS Y SOCIAL
COMPLEMENTARIO: LIDERAZGO ACT. DEPORTIVA Y RECREATIVA ficha: 2486509 formación Puerto Asís lunes a viernes de 7 AM a 12 M 40 horas.
COMPLEMENTARIO: NATACION ESTILO LIBRE ficha: 2493312 formación Puerto Asís lunes a SABADO de 1 PM a 6 PM 40 horas.
COMPLEMENTARIO: EMPRENDIMIENTO DEPORTIVO ficha: 2493457 formación Puerto Asís lunes a viernes de 6 PM a 11 PM 10 horas.
INDUCCION INSTRUCTORES EN EL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS Y ASIGNACION DE FICHAS PARA F.P.I. 40 HORAS

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.

EDINSON ERAZO LUNA
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,

JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN
INSTRUCTOR G10

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

WILLIAN JAMES RODRIGUEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18189422		ERAZO LUNA EDINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO EL CARMEN	PUERTO ASIS-PUTUMAYO	4227000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	13569476	9431007391	I	2022/02/07	2022/02/17	BANCO DE OCCIDENTE	10	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	18189422	ERAZO EDINSON	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS044	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

USUARIO: 18189422
CONTRASEÑA: erazo9422

2022/02/17 02:52 PM

Certificado de Afiliación

El Señor EDINSON ERAZO LUNA , identificado con Cédula Ciudadanía 18.189.422, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan de Beneficios en Salud PBS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	EDINSON ERAZO LUNA		
Número de identificación:	18189422	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	BARRIO EL CARMEN	Municipio residencia:	Puerto Asis
Teléfono actual de residencia:	3115232730	Depto. Residencia:	PUTUMAYO

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
18189422	EDISON ERAZO LUNA	01/02/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	18107653	CC	EVARISTO ERAZO SILVA	01/08/2017	VIGENTES		PADRE
BENEFICIARIO	41103166	CC	MARIA DE LOS ANGELES LUNA ACOSTA	01/08/2017	VIGENTES		MADRE

Señor afiliado, por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización a través de EPS en Línea o APP Medimás

Se firma y expide en Bogotá a los 12 días del mes de Enero de 2022, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Viviana Milet Diaz Pardo

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDINSON ERAZO LUNA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.189.422**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 EDINSON ERAZO LUNA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 18189422, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/11/2022 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): 202201012606094.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 21/02/2022 11:58:54 a. m.
ISCDC: 21/02/2022 11:58:54 a. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14505495944

(415)7707212489984(8020) 000001450549594 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 8 1 8 9 4 2 2	2	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

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 8 1 8 9 4 2 2	2 0 0 0 0 5 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Puerto Asís 5 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ERAZO	LUNA	EDINSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Puerto Asís 5 6 8

41. Dirección principal
CL 9 27 43 BRR EL CARMEN

42. Correo electrónico edelu2013@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 5 2	2 0 0 7 0 2 0 1	9 3 1 9	2 0 0 7 0 2 0 2	9 3 1 2		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
3 4 7 5	

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 2019 - 04 - 02

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 MARTINEZ LOPEZ TANIA ANDREA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **EDINSON ERAZO LUNA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 18.189.422** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130726000200198716** aperturada el **21 de mayo de 2010**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **726198716**
10 dígitos: **0726198716**
16 dígitos: **0726000200198716**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **19** de **enero** de **2022** a las **08:59**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: z6HTI0mKTc8VmYn/n8NZbQ==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2000000059-0001

No. PÓLIZA	NV-100059597	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	34224960	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/01/2022	SUC. EXPEDIDORA	AGENCIA NEIVA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/02/2022	24:00 Horas Del	31/03/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	ERAZO LUNA, EDINSON	No. DOC. IDENTIDAD	18.189.422
DIRECCIÓN	BARRIO EL CARMEN	TELÉFONO	3107508246
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRA 5 N.16 - 16	TELÉFONO	8757040
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRA 5 N.16 - 16	TELÉFONO	8757040

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.236-2022 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ASI COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR
ASEGURADO: SENA REGIONAL PUTUMAYO UBICADO EN CRA. 23 NO. 19 - 06 BARRIO 20 DE JULIO PUERTO ASÍS TEL. 4227177

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2022	24:00 Horas Del 31/03/2023	3.959.063,00	20.647,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 3.959.063,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	20.647,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.647,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.873,00
TOTAL A PAGAR	$	30.520,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2022

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.**
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.

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

TOMADOR

Líneas 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APP

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

GARANTÍA ÚNICA 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 PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ 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 CONTINUACIÓN 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 INVERSIÓN 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 DEVOLUCIÓN 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.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

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 GARANTÍA 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 GARANTÍA.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA 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 ARTÍCULO 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 GARANTÍA

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.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

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 IMPOSICIÓN 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 CLAUSULAS 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 REPRESENTE, 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

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

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. COMPENSACIÓN

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 APLICARA LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, 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 PAGARA 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 AUTENTICA 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 AUTENTICA 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.

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

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 AUTENTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO 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.

PARÁGRAFO. – 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 TOME POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE 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 MODIFICACIÓN

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. SUBROGACIÓN

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 EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

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

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

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 ENTRO 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. PRESCRIPCIÓN

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 _____DÍAS DEL MES DE_____ DE 20____

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	**EL TOMADOR/ASEGURADO**

Escaneado con CamScanner

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **NV-100059597** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ERAZO LUNA, EDINSON** Asegurado o Beneficiario: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL PUTUMAYO** , expedida por la Compañía en **26/01/2022**, 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.

AGENCIA NEIVA a los **26** días del mes **ENERO** del año **2022**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Escaneado con CamScanner

seguros mundial

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Referencia de Pago No.	34224960
Fecha de Facturación	26/01/2022
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	NV-100059597
Periodo Facturado	01/02/2022 — 31/03/2023
Fecha Límite de Pago	12/03/2022
Prima (incluye gastos de expedición)	25.647,00
IVA	4.873,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	30.520,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ERAZO LUNA, EDINSON
BARRIO EL CARMEN	18189422
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **12/03/2022** se aplicará la cláusula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT 860.037.013-6**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con la estabiecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.
6. Para realizar el pago a través de las redes de Efecty o Baloto, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de Efecty y Baloto haga clic y continúe el proceso para generar el pin de pago únicamente en efectivo.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	34224960
Fecha de Facturación	26/01/2022
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	NV-100059597
Periodo Facturado	01/02/2022 — 31/03/2023
Fecha Límite de Pago	12/03/2022
Prima (incluye gastos de expedición)	25.647,00
IVA	4.873,00
VALOR TOTAL A PAGAR $	30.520,00

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	ERAZO LUNA, EDINSON
BARRIO EL CARMEN	18189422
Intermediario	ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000000034224960(3900)000000030520(96)20220312

Bancos Corresponsales
OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990034224960(3900)000000030520(96)20220312

Escaneado con CamScanner

seguros mundial

Recibo de Pago

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1

CORRESPONSALES

Carulla · grupo éxito · Bancolombia Corresponsal Bancario · efecty · Baloto

OPCIÓN 2

BANCOS

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

CORRESPONSALES

puntored
Te damos más

Tu compañía siempre

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Puerto Asís, 21 de febrero de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	**1.081.281.502**	**JUAN DIEGO ERAZO IMBAQUI**	**HIJO**
C.C.	**41.103.166**	**MARIA DE LOS ANGELES LUNA**	**MADRE**
C.C.	**18.107.653**	**EVARISTO ERAZO SILVA**	**PADRE**

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 **UNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: EDINSON ERAZO LUNA
C.C. 18.189.422


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.103.166

LUNA ACOSTA

APELLIDOS

MARIA DE LOS ANGELES

NOMBRES

María de Los Angeles Luna

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1963

CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

03-OCT-1983 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6400200-00111081-F-0041103166-20081024

0004807506A 1

26644105



FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1955

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

17-ENE-1976 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6400200-00111081-M-0018107653-20081024 0004804561A 1 26644104



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.107.653

ERAZO SILVA

APELLIDOS

EVARISTO

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.081.281.502

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43912659

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrada [ ] Notaría [X] Número [4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [4]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 4 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido: ERAZO
Segundo Apellido: IMBAQUI
Nombre(s): JUAN DIEGO

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes FEB Día 15
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: A
Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO
Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: IMBAQUI BENAVIDES VILMA LUCY
Documento de identificación (Clase y número): CC 36.753.834
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ERAZO LUNA EDINSON
Documento de identificación (Clase y número): CC 18.189.422
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ERAZO LUNA EDINSON
Documento de identificación (Clase y número): CC 18.189 422
Firma

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: Año 2011 Mes FEB Día 21

Nombre y firma del funcionario ante quien se autoriza: MARIA EUGENIA ACOSTA CAICEDO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.FEB.2011 - CORRECCION DATOS DE PADRE O MADRE - SERIAL REGISTRO 43912658 - 21 FEB.2011.

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
VALIDO PARA
PASTO 21 FEB 2011

VALIDO PARA DOCUMENTACION

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Puerto Asís. Febrero 21 del 2022.

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos "sí" provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos "sí" provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que "no" quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que "no" obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($46.418.400)
e. Por el año gravable 2021, "no" desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, "no" presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en (Puerto Asís) a los 21 días del mes de Febrero de 2022



_____
Nombre: EDINSON ERAZO LUINA
C.C. 18.189.422

Hace constar:

Que el Sr(a) EDINSON ERAZO LUNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18189422 realizó el día 22/02/2018 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 EDINSON ERAZO LUNA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18189422 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 -

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY
TAMIZAJE PSICOLÓGICO - INFORME CONFIDENCIAL

Fecha de Aplicación: 02/02/2021

NOMBRE	Edinson Erazo Luna	**EDAD**	38 años	**ESTADO CIVIL**	Soltero
ESCOLARIDAD	Profesional Universitario	**EMPRESA**	Sena	**CARGO**	Instructor Transversal
ÁREA	Formación profesional Integral	**ANTIGUEDAD**	Ingreso	**RIESGO**	Físico, psicosocial

ASPECTO EVALUAR	NIVEL	VALOR
CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO	14/54
DESPERSONALIZACION	MEDIO	08/30
REALIZACIÓN PERSONAL	ALTO	40/48

CONCEPTO: **FAVORABLE**

Edinson, según la prueba aplicada, no presenta signos de fatiga o cansancio emocional razón por la cual su nivel de estrés es Bajo, de igual forma, No presenta signos de estrés Burnout, permitiéndole a Edinson desempeñarse adecuadamente en las labores para las cuales fue contratado.

Edinson, Es una persona con un nivel a autorrealización alta, lo que indica que sus sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo son los adecuados.

Mantiene buenas relaciones personales en su entorno laboral y familiar, aunque podría mejorar

Recomiendo; Actividades relacionadas con inteligencia y comunicación emocional, relaciones interpersonales, habilidades sociales y trabajo en equipo.

Cordialmente,

MARIA TERESA RUBIO RUIZ
PSICOLOGA UAN Reg. 162729/2016
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Reg. 05142/2015

Puerto Asís Putumayo Calle 10 N° 25 – 23 Barrio el Carmen tel. (8) – 422 08 43 –Cel.: 313 893 15 21 – 314 326 45 77
E-mail: unimedicaldelsur@hotmail.com

UNIMEDICAL DEL SUR SAS

UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO

NIT 900556205-4

Cr.26 Calle 10 N°.25-23 Esquina barrio el Carmen - Cr. 25 N° 30B-48 Barrio Recreo. Tel: (8) 4220843 3138931521 - 3213136392 - 3134127481-Laboratorioputumayocp@hotmail.com- www.unimedicaldelsur.com

Impreso	02 feb. 2021 10:04:00 am		RESULTADOS			Software Baxlab 20190916	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 3	
Paciente	**ERAZO LUNA EDINSON**			Sexo M	Edad 38A 11M 26D	**Nro. De Recepción**	**32565**
Identif.	CC 18189422	Teléfono 3107508246			Fecha De Recepción	02 feb. 2021 10:00:51 am	
Entidad	PARTICULAR UNIMEDICAL DEL SUR SAS			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

1 . Colesterol total sérico — 228,00 — mg/dl

```
Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo:          Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto:            Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .............170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL
```

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am

2 . GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS

Glicemia en Ayunas — 92,80 — mg/dl — 70 a 105

```
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:        20 a 60
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am

3 . Colesterol HDL — 49,00 — mg/dL — 35 a 55

```
INTERPRETACION

Bajo.................<40mg/dL
Elevado(Deseable)......>60mg/dL
```

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am

UNIMEDICAL DEL SUR SAS

UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO

NIT 900556205-4

Cr.26 Calle 10 N°.25-23 Esquina barrio el Carmen - Cr. 25 N° 30B-48 Barrio Recreo. Tel: (8) 4220843 3138931521 - 3213136392 - 3134127481-Laboratorioputumayocp@hotmail.com- www.unimedicaldelsur.com

Impreso	02 feb. 2021 10:04:00 am		RESULTADOS			Software Baxlab 20190916	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 2 de 3	
Paciente	**ERAZO LUNA EDINSON**			Sexo M	Edad 38A 11M 26D	**Nro. De Recepción**	**32565**
Identif.	CC 18189422	Teléfono 3107508246			Fecha De Recepción	02 feb. 2021 10:00:51 am	
Entidad	PARTICULAR UNIMEDICAL DEL SUR SAS			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

		Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA				
4 .	Colesterol LDL	120.9	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo: Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto: Mayor de 150 mg/dl

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am

5 .	Trigliceridos sérico	290.5	mg/dl	

Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo: Menor de 150 mg/dl
Intrmedio Alto: De 150 a 199 mg/dl
Alto: Mayor de 200 mg/dl

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am

HEMATOLOGIA

UNIMEDICAL DEL SUR SAS

UNIDAD MEDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO

NIT 900556205-4

Cr.26 Calle 10 N°.25-23 Esquina barrio el Carmen - Cr. 25 N° 30B-48 Barrio Recreo. Tel: (8) 4220843 3138931521 - 3213136392 - 3134127481-Laboratorioputumayocp@hotmail.com- www.unimedicaldelsur.com

Impreso	02 feb. 2021 10:04:00 am		RESULTADOS			Software Baxlab 20190916	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 3 de 3	
Paciente	**ERAZO LUNA EDINSON**			Sexo M	Edad 38A 11M 26D	**Nro. De Recepción**	**32565**
Identif.	CC 18189422	Teléfono 3107508246			Fecha De Recepción	02 feb. 2021 10:00:51 am	
Entidad	PARTICULAR UNIMEDICAL DEL SUR SAS			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
6 . HEMOGRAMA TIPO I			
A - ERITROGRAMA-			
Hemoglobina	14,50	gr/dl	14,50 a 16,50
Hematocrito	43,50	%	34 a 42
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,72	/mm³	3900 a 5100
Promedio de volumen corpuscular (PVC)	92,16	um³	80 a 97
Promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	30,72	pg	26,50 a 33,50
Promedio de Concentración de la Hemoglobina (PCHC)	33,33	gr/dl	31 a 38
B - LEUCOGRAMA -			
Recuento de Leucocitos(WBC)	7560	/mm³	5000 a 10000
Neutrofilos (%)	62,50	%	43 a 85
Eosinofilos	8,50	%	1 a 5
Linfocitos(%)	29,00	%	30 a 40
Recuento de Plaquetas(PLT)	240000	/mm3	150000 a 450000

Fecha Reporte 02 feb. 2021 10:03 am



Maria Lucero Calvo
Bacteriologa y Lab. Clinico
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

UMI MEDICAL DEL SUR S.A.S
Pioneros en Salud Ocupacional
UNIDAD MÉDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO DEL SUR
NIT: 900556205-4

CERTIFICADO PSICOLOGICO

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: ~~Concepto~~ validado para contratacion 2022

☒ INGRESO ☐ PERIÓDICOS ☐ EGRESO

FECHA:

DIA	MES	AÑO
07	02	2022

medicina laboral Sena Reg Putumayo

NOMBRE DE LA EMPRESA SENA.

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS Edinson Erazo Lna. **CEDULA** 18189422

NOMBRE DEL CARGO Instructor **EDAD** 38 A.

CLASIFICACIÓN DE LA APTITUD

☒ APLICA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES
☐ APLICA PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES
☐ NO APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR
☐ APLAZADO

APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES: Apto para desempeñarse en el cargo. con Recomendaciones.

RECOMENDACIONES GENERALES

☐ CONTROL TERAPEUTICO
☐ REMISIÓN CON PSIQUIATRIA

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: Actividades Relacionadas con Inteligencia y comunicacion emocional, habilidades sociales.

Tania Liz R.
FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO
Lic: 05142 TP: 162729.

FIRMA Y CEDULA TRABAJADOR

Escaneado con CamScanner

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

(1) Nunca
(2) Algunas veces al año
(3) Algunas veces al mes
(4) Algunas veces a la semana
(5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	X				
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado		X			
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	X				
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					X
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales	X				
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa		X			
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					X
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando		X			
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					X
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente		X			
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente		X			
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					X
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo	X				
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo			X		
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente	X				
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	X				
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					X
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					X
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					X
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades		X			
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					X
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas		X			

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL
D. DESPERSONALIZAICÓN
R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

valido para contratacion Sena 2021
VoBo Medicina Laboral Reg Putumayo Febrero 2021

UMI MEDICAL DEL SUR S.A.S
Pioneros en Salud Ocupacional
UNIDAD MÉDICA ESPECIALIZADA Y ANALISIS DE LABORATORIO DEL SUR
NIT: 900556205-4

CERTIFICADO PSICOLOGICO

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

[X] INGRESO [ ] PERIÓDICOS [ ] EGRESO

FECHA:

DIA	MES	AÑO
02	02	2021

NOMBRE DE LA EMPRESA SENA.

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS Edinson Erazo Lna. CEDULA 18189422

NOMBRE DEL CARGO Instructor EDAD 38 A.

CLASIFICACIÓN DE LA APTITUD

[X] APLICA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES
[ ] APLICA PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES
[ ] NO APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR
[ ] APLAZADO

APTO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS SI [ ] NO [ ]

OBSERVACIONES: Apto para desempeñarse en el cargo. con Recomendaciones.

RECOMENDACIONES GENERALES

[ ] CONTROL TERAPEUTICO
[ ] REMISIÓN CON PSIQUIATRIA

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: Actividades Relacionadas con Inteligencia y comunicacion emocional, habilidades sociales.

FIRMA Y SELLO REGISTRO MEDICO
Lic: 05142 TP: 162729.

FIRMA Y CEDULA TRABAJADOR

Escaneado con CamScanner

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

(1) Nunca
(2) Algunas veces al año
(3) Algunas veces al mes
(4) Algunas veces a la semana
(5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	X				
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado		X			
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado	X				
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					X
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales	X				
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa		X			
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					X
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando		X			
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					X
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente		X			
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente		X			
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					X
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo	X				
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo			X		
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente	X				
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	X				
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					X
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					X
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					X
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades		X			
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					X
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas		X			

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL
D. DESPERSONALIZAICÓN
R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

UNI MEDICAL DEL SUR S.A.S

Pioneros en Salud Ocupacional

NIT: 900.556.205-4

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	PARTICULAR SENA	FECHA:	02/02/2021

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES	EDINSON		APELLIDOS	ERAZO LUNA			
C.C. No.	18189422	EDAD	38 años		SEXO	MASCULINO	X
CARGO	INSTRUCTOR DEPORTES		CELULAR	3107508246		FEMENINO	

DIAGNOSTICO (S)

OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRIA		AUDIOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA					
VALORACION MÉDICA OCUPACIONAL: (Sistema locomotor y espalda)											X
EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO:				CH-GLI-PL							X
EXAMEN PSICOTÉCNICO:	X	APTO		NO APTO		TRABAJO EN ALTURAS	APTO		NO APTO		
OTROS: ALCOHOL ETÍLICO EN SALIVA											
DROGRAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA, BENZODIACEPINAS, ANFETAMINAS, MORFINA, FENCICLIDINA,TCA,MOMA,MTO)											

RESULTADOS DE VALORACION

1. APTO SIN RESTRICCIONES
2. APTO CON RESTRICCIONES
3. NO APTO
4. APTO CON RECOMENDACIONES
5. IMC — RH O+
6. ALCOHOL EN SALIVA — POSITIVO — NEGATIVO
7. DROGRAS DE ABUSO — POSITIVO — NEGATIVO

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

Ana Cristina Molina A
MEDICO GENERAL RM. 861173
ESPECIALISTA SST LIC. 042

FIRMA DEL MEDICO
REG. MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 18189422

UNI MEDICAL DEL SUR S.A.S

Pioneros en Salud Ocupacional

NIT: 900.556.205-4

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	PARTICULAR SENA	FECHA:	02/02/2021

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES	EDINSON		APELLIDOS	ERAZO LUNA			
C.C. No.	18189422	EDAD	38 años		SEXO	MASCULINO	X
CARGO	INSTRUCTOR DEPORTES		CELULAR	3107508246		FEMENINO	

DIAGNOSTICO (S)

OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRIA		AUDIOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA					
VALORACION MÉDICA OCUPACIONAL: (Sistema locomotor y espalda)											X
EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO:				CH-GLI-PL							X
EXAMEN PSICOTÉCNICO:	X	APTO		NO APTO		TRABAJO EN ALTURAS	APTO		NO APTO		
OTROS: ALCOHOL ETÍLICO EN SALIVA											
DROGRAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA, BENZODIACEPINAS, ANFETAMINAS, MORFINA, FENCICLIDINA,TCA,MOMA,MTO)											

RESULTADOS DE VALORACION

1. APTO SIN RESTRICCIONES
2. APTO CON RESTRICCIONES
3. NO APTO
4. APTO CON RECOMENDACIONES
5. IMC — RH O+
6. ALCOHOL EN SALIVA — POSITIVO — NEGATIVO
7. DROGRAS DE ABUSO — POSITIVO — NEGATIVO

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

Ana Cristina Molina A
MEDICO GENERAL RM. 861173
ESPECIALISTA SST LIC. 042

FIRMA DEL MEDICO
REG. MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 18189422

UNI MEDICAL DEL SUR S.A.S

Pioneros en Salud Ocupacional

NIT: 900.556.205-4

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

IDENTIFICACION: 18189422

NOMBRE: EDINSON ERAZO LUNA **EDAD:** 38 **AÑOS** **FECHA:** 2/02/2021

OCUPACION: INSTRUCTOR DEPORTES **CELULAR:** 3107508246 **DRC:** PARTICULAR SENA

MOTIVO DE CONSULTA: EXAMEN DE INGRESO LABORAL **HORA:** 09:16:46 a.m.

ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE

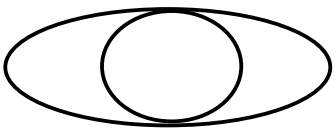
FAMILIARES: NO REFIERE

MEDICAMENTOS: NO REFIERE

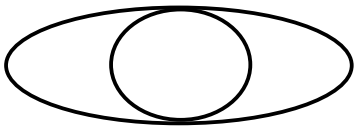
CORRECCION EN USO: **OD:** **OI:** **ADD:**

AGUDEZA VISUAL		VL	VP	AO	PH
SC	OD	20/20	050M	20/20	
	OI	20/20	050M	20/20	
CC	OD				
	OI				

EXAMEN EXTERNO **OD** **OI**



HIPEREMIA LEVE EN ZONAS EXPUESTAS



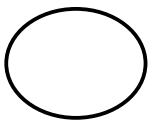
PIGMENTACIONES CONJUNTIVALES

MOTALIDAD OCULAR KAPPA: **OD:** + **OI:** + **HISCHBERG:** CMT **DP:**

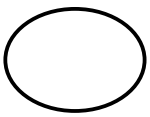
PPC: 10CM **CT33CM:** X **40CM:** ϕ **6MTS:** ϕ

QUERATOMETRIA **OD** / **X** **OI** / **X**

OFTALMOSCOPIA



MACULA: NORMAL



MACULA: NORMAL

RETINOSCOPIA		AV	SUBJETIVO	AV	ADD	AV	RX CERCA	AV
OD								
OI								

DIAGNOSTICO **OD** EMETROPE

OI EMETROPE

CONCEPTO: SE RECOMIENDA AL PACIENTE LENTES DE PREVENCION Y PROTECCION

Dra. Lina Niño
OPTOMETRA
ESP. SALUD OCUPACIONAL
MG. SALUD PUBLICA
RM. 3180

FIRMA Y SELLO DEL OPTOMETRA

FIRMA DEL PACIENTE