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 CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA
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	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**09178-090031**
No. de documento	**356285**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA	**C.C.**	79.469.155	**IP/Nº de contacto**	3115257742
Correo electrónico contratista:	lerodriguez5519@misena.edu.co				

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	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		466670002263	
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:	3326871/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**11422**	
Valor Total del Contrato	$ 38.909.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.909.000	**1**	**Del**	**02/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.864.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.044.750		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE FORMACIÓN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENT

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.864.250		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	**$ 3.864.250**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.277.844**		**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	----------	**1329269523**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.545.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
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	$ 386.425	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 759.281	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.277.844,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.423.550,00	
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	20.541,00	0,600%
-	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	**$ 3.843.709,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular, cuando ejecute formación cerrada empresarial y/o complementaria y lo demás contemplado en el Manual de Articulación del SENA con la Educación Media vigente.

Total del mes de febrero 160 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.

LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA
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,

JUAN CARLOS BARACALDO SANTOS
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	79469155-	LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA	✓			2022	1	2022	5681832		PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
transvesal 6A 12 A 29	SIBATÉ	25740	CUNDINAMARCA	25	3115257742		luise968@hotmail.com	7010	0	1	2022/02/16	1329269523

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	125.000	0		0		0	125.000	0	0	0	125.000	0		0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	160.000	0	0	0	0	0	0	160.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	10.500		0	0	10.500
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	10.500		0	105	10.500

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	160.000	160.000
SALUD	125.000	125.000
RIESGOS LABORALES	10.500	10.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	295.500	295.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79469155	RODRIGUEZ PEÑA LUIS EDUARDO	EPS002	231001																				1.000.000	1.000.000	0	1.000.000	0			160.000	0	0	125.000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, Enero 21 de 2022

Señor:
RODRIGUEZ PEÑA LUIS EDUARDO
CC. 79469155
TV 6A 12A 29 - 7250208
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 10 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RODRIGUEZ MUÑOZ LAURA VALENTINA	1023375875	T	Feb-10-2017	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GUERRERO MUÑOZ LUIS MIGUEL	1072194883	C	Feb-10-2017	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	May-27-2020	Exclusión por pérdida de Calidad de Beneficiario	Ninguna
MUÑOZ AVILA ANA SOLEDAD	39724411	C	Feb-10-2017	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ PEÑA LUIS EDUARDO	79469155	C	Feb-10-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA	79469155	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA identificado(a) con C.C No. 79.469.155, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de enero del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14572773540

(415)7707212489984(8020) 000001457277354 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 4 6 9 1 5 5	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 4 6 9 1 5 5	1 9 8 7 0 2 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	PEÑA	LUIS	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

41. Dirección principal: TV 6 A 12 A 29 BRR PARQUES DEL MUÑA

42. Correo electrónico: luise968@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 2 5 0 9 7 9	3 1 1 5 2 5 7 7 4 2

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
7 0 1 0	2 0 0 8 0 6 0 3	8 5 2 3	2 0 1 2 0 1 0 9		4 7 9 9	4 9 2 1

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

RESULTADO

PNR Angel Laboratorio

NOMBRE: Sr.LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA
DOCUMENTO: CC.79469155
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 136330848
FECHA ATN: 23.Ene.2020 04:49 p.m.
SEDE: REFERENCIA CENTRO
EDAD-SEXO: 51 Años - Masculino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
Eritrosedimentación	**2**	mm/h	Mujeres Hombres	0 - 20 mm/h 0 - 15 mm/h

Nota: Cambio de valores de referencia a partir de Septiembre de 2018.

Técnica:Fotometria Capilar Cuantitativa

Analizado por,



MONICA LORENA SERNA ZAMORA
T.P:
Copiado:WSM

Fecha de Validación:23/Ene/2020 21:18
**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

PNR Angel Laboratorio

NOMBRE: Sr.LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA
DOCUMENTO: CC.79469155
EMPRESA: CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 136330848
FECHA ATN: 23.Ene.2020 04:49 p.m.
SEDE: REFERENCIA CENTRO
EDAD-SEXO: 51 Años - Masculino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV			
PARAMETROS LEUCOCITARIOS			
Leucocitos	**4.49**	x10^3 /uL	4.00 - 12.00
%Neutrófilos	**59.8**	%	50.0 - 70.0
%Linfocitos	**32.5**	%	20.0 - 60.0
%Monocitos	**5.6**	%	3.0 - 12.0
%Eosinófilos	**1.7**	%	0.5 - 5.0
%Basófilos	**0.4**	%	0.0 - 1.0
Recuento Diferencial absoluto:			
#Neutrófilos	**2.68**	x10^3 /uL	2.00 - 8.00
#Linfocitos	**1.46**	x10^3 /uL	0.80 - 7.00
#Monocitos	**0.25**	x10^3 /uL	0.12 - 1.20
#Eosinófilos	**0.08**	x10^3 /uL	0.02 - 0.80
#Basófilos	**0.02**	x10^3 /uL	0.00 - 0.10
PARAMETROS ERITROCITARIOS			
Eritrocitos	**5.18**	x10^6 /uL	3.50 - 5.20
Hemoglobina	**16.2**	g/dl	12.0 - 16.0
Hematocrito	**48.0**	%	35.0 - 49.0
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	**92.5**	fL	80.0 - 100.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	**31.2**	pg	27.0 - 34.0
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	**33.7**	g/dl	31.0 - 37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	**13.1**	%	11.0 - 16.0
PARAMETROS PLAQUETARIOS			
Recuento de Plaquetas (PLT)	**265**	x10^3 /uL	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	**10.2**	fL	6.5 - 12.0

Técnica:Citometría de Flujo

Analizado por,

ANDREA MENDEZ AGUASACO
BACTERIOLOGA T.P:1014238887
Copiado:WSM

*** En caso de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. ***

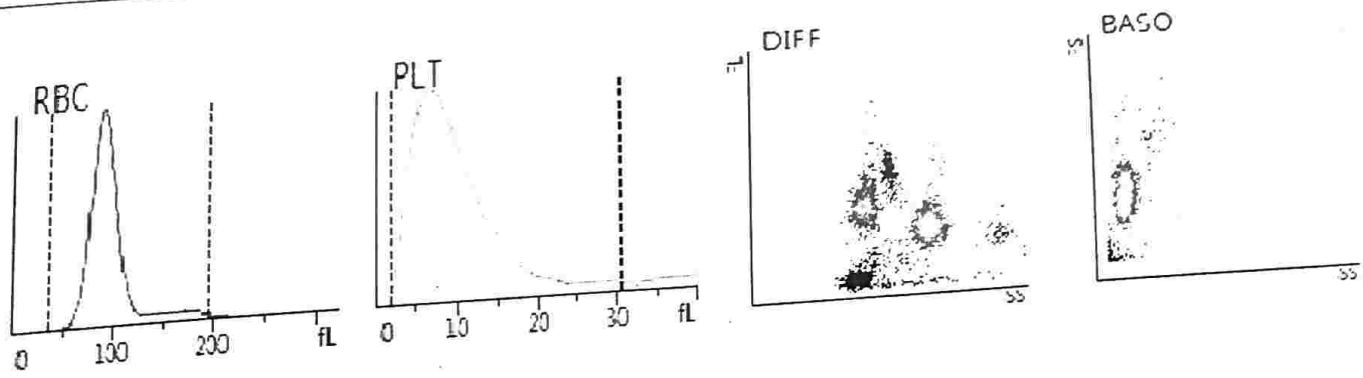
Fecha de Validación:23/Ene/2020 19:02

***La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]**

NOMBRE:	Sr.LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA	REFERENCIA:	136330848
DOCUMENTO:	CC.79469155	FECHA ATN:	23.Ene.2020 04:49 p.m.
EMPRESA:	CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS (P)	SEDE:	REFERENCIA CENTRO
DOCTOR:	PNR-ADSCRITO	EDAD-SEXO:	51 Años - Masculino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA



Analizado por,

ANDREA MENDEZ AGUASACO
BACTERIOLOGA T.P:1014238887

de requerir el histograma, favor comunicarse con el Laboratorio. *

23/Ene/2020 19:02

CIED
Nit:900810766-8
Regimen. COM
Nombre : LUIS EDUAR
C.C./Nit. 79469155
Direcc : TRAV 6 A NO12A-29 PARQUE
Tel : 3013794011
Entidad Administradora: PARTICU
Practicado Por: ANGIE DANIELA VALENCIA PEREZ

Codigo	Concepto	Cant	
950604-4	PAQUETE SENA	1.00	97,000

Subtotal $	97,000
Iva $	0
Dcto $	0
Valor Neto $	97,000

www.jnances.com.co
Son: NOVENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

CIED
ADV
Elaboro
PAGADO
Firma

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Aplazado	⊗	○	○	○	Apto para continuar desempe
Apto con restricciones	○	○	○	○	cargo sin limitaciones
Apto para trabajar en alturas	○	⊗	○	○	Requiere restricciones de a
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○	Requiere reubicación labor
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○	Requiere reubicación labo
Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○	Apto para trabajar en al
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	⊗	○	Apto para trabajar en e
	⊗	○	○	○	Apto para trabajar en
					Sospecha de enfer
					Secuelas de Accid
					Enfermedad Com

PSICOTECNICA

6 ELECTROCARDIOGRA
6 CUADRO HEMATICO
9

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○

REMISIÓN

SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ⊗

OPTOMETRIA: Control anual, Uso de corrección óptica de cerca
ELECTROCARDIOGRAMA : Sin alteración
Laboratorios : Mejorar habitos alimenticios

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERALISTA
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: LUIS EDUARDO
CC 794691
Declaro que todos los datos registrados

Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQU
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Articular sonidos de manera correcta
5. Mantener un ritmo adecuado al hablar
6. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
7. Evitar los cambios bruscos de temperatura
8. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
9. Evitar las sobrecargas laborales

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA
CC 79469155
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768

LABORATORIO

Dirección:CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Tel : 8822218 **Sexo M** **Edad 51 Años** **Fecha 23/01/2020 10:00:00**

Doc: 79469155 Nombre : LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA Entidad:PARTICULAR PAQUETE SENA

Nombre	Nivel	Indicaciones
- 903841 - GLICEMIA		93.7 mg/dL
- 903818 - COLESTEROL TOTAL		*249 mg/dL
- 903873 - TRIGLICERIDOS		143.1 mg/dL

Jenny Carolina Dussan M.
CC. 1.032.462.436
Bacteriologa - UCMC

JENNY CAROLINA DUSSAN MOLANO
ESPECIALIDAD LABORATORIO CLINICO
C.C 1032462436 R.M
Médico

CIED
Clinica IPS Eugenio Diaz

CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE
Tel: 8822218

OPTOMETRÍA

Ingreso ☐ Egreso ☐ Periódico ☒ Caso ocupacional ☐

Fecha historia 23/01/2020 08:14:00

Doc. Identidad **CC 79469155** Nombre **LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA** Fecha Nacimiento. **17/09/1968**
Entidad **PARTICULAR PAQUETE SENA** Edad **51** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de Pensiòn **COLFONDOS** EPS ARL **POSITIVA**

Anamnesis

Ultimo examen visual **2 AÑOS** | Usa Anteojos: Si ☒ No ☐ | V.L. ☐ | V.P. ☒ | PC ☐ | Bifocal ☐ | Progresivo ☐ | Filtros ☐
Frecuencia de uso: Permanente: ☐ Ocasional ☒ | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si ☐ No ☒
Cirugías Si ☒ No ☐ Cuál? **PTERRIGION OJO IZQUIERDO 25 AÑOS**
Accidentes Oculares Si ☐ No ☒ Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático ☐ | Disminución visual de cerca ☒ | Disminución visual de lejos ☐ | Cefaleas ☐ | Resequedad Ocular ☐
Ardor Ocular ☐ | Lagrimeo ☐ | Cansancio Ocular ☐ | Irritación ☐ | Fotofobia ☐ | Prurito Ocular ☐ | Salto de Renglón ☐
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE, ARTRISITIS - MADRE** Trae corrección óptica ☒

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.		-	20/30		20/20-	20/200
O.I.		-	20/30		20/20-	20/200

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	-	--	-º	+150
O.I.	-	-	-º	+150

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva ☒ Pterigio N ☐
Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Bleafaratis ☐	Pterigio T ☐ Pinguécula ☐ Nevus ☐ Bleafaratis ☐
Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐	Blefaritis seborreica ☐ Secreción ☐ Leucoma Corneal ☐
Ptosis palpebral ☐ Otros:	Ptosis palpebral ☐ Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **6 CMS**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. ☐ Papila Normal ☒ Brillo Foveal Normal ☒ Catarata ☐	F.O.A.N. ☐ Papila Normal ☒ Brillo Foveal Normal ☒ Catarata ☐
Esclerosis de Cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión Retinal ☐	Esclerosis de Cristalino ☐ Opacidad de medios ☐ Lesión Retinal ☐

Test Ocupacionales

Visión Cromática	Visión de Profundidad	Campo Visual por Confrontación
O.D: NORMAL	O.D: NORMAL	O.D: NORMAL
O.I: NORMAL	O.I: NORMAL	O.I: NORMAL

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	+050	-	-º	+200
O.I:	+050	-	-º	+200

Refracción Final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	-	-	-º	+200	-	20/20
O.I:	-	-	-º	+200	-	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	☐	☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido	☒	☒
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	☐	☐

	O.D	O.I
Defecto refractivo no corregido	☐	☐
Gafas no formuladas	☐	☐

Diagnóstico

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente ☐ | Corrección Óptica Ocasional ☒ | Control 6 meses ☐ | Control 1 año ☒
Optometría Clínica ☐ | Valoración por oftalmología ☐ | Valoración por ortóptica ☐

Valoración Normal ☐ Anormal ☒

CONCEPTO

Apto ☒ No apto ☐ **Observaciones:** 1 USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA DE CERCA.
2. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS.
3. CONTROL ANUAL.

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRA -FUAA
REG 1373 CTNPO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
[illegible] 7834/2013

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 39677176 RM:

CIED
Clinica IPS Eugenio Díaz

Nombre: LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA

CC: 79469155 Edad: 51 años Fecha:23/01/2019 Hora:11+00

Empresa: SENA **Cargo: INSTRUCTOR**

Examen de

Prueba Psicometrica Nivel S

Puntaje : Medio

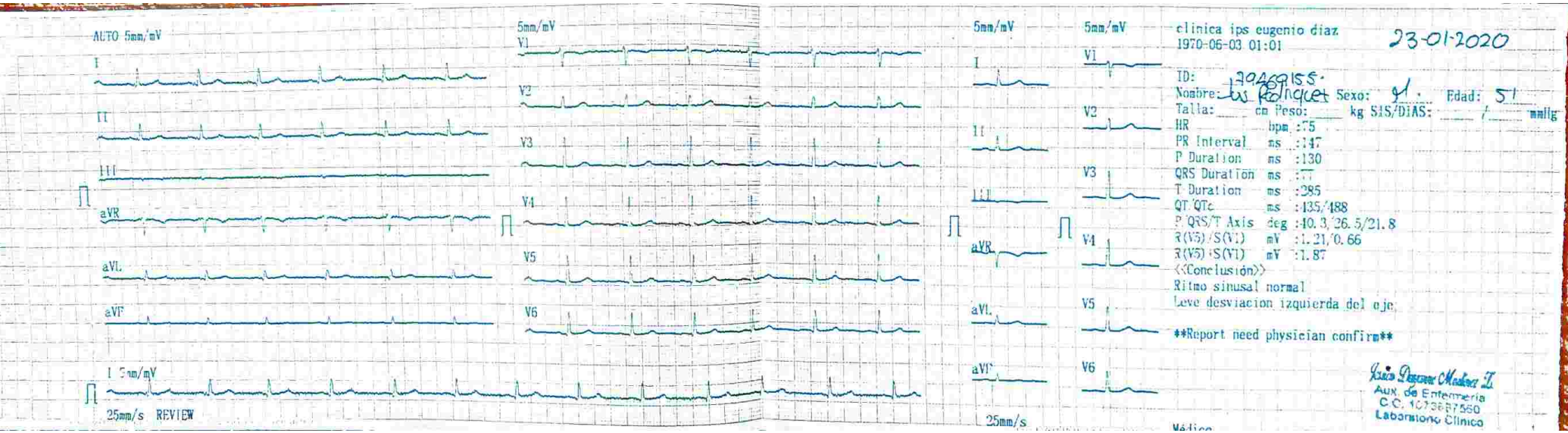
Concepto

- Buena capacidad para atender selectivamente y secuencialmente a figuras similares
- Aplicación de estrategias eficaces a la hora de realizar comparaciones visuales
- Facilidad para motivarse y mantener la activacion ante estimulos repetitivos y monotos
- Un nivel alto de velocidad del procesamiento de las operaciones mentales simples
- Habilidad para percibir y discriminar con rapidez la configuracion pereptiva de las figuras
- Posiblemente, un nivel elevado de memoria de trabajo en relacion con patrones visuales
- Aptitud para trabajar deprisa bajo presion de tiempo

Monica Alejandra Peréz Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO

Médico Ocupacional
Monica Alejandra Perez Navarete
Esp. Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo .

Calle 12 a N° 9-89
PBX: 882 2218 - Soacha
clinicaeugeniodiaz2015@gmail.com
www.clinicaeugeniodiaz.com


AUTO 5mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
I 5mm/mV
25mm/s REVIEW
5mm/mV
V1
V2
V3
V4
V5
V6
5mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
25mm/s
5mm/mV
V1
V2
V3
V4
V5
V6
clinica ips eugenio diaz
1970-06-03 01:01
23-01-2020
ID: 1024615155
Nombre: Luis Rodriguez Sexo: M Edad: 51
Talla: cm Peso: kg SIS/DIAS: / mmHg
HR bpm :75
PR Interval ms :147
P Duration ms :130
QRS Duration ms :77
T Duration ms :285
QT/QTc ms :435/488
P/QRS/T Axis deg :40.3/26.5/21.8
R(V5)/S(V1) mV :1.21/0.66
R(V5)+S(V1) mV :1.87
<<Conclusión>>
Ritmo sinusal normal
Leve desviacion izquierda del eje
Report need physician confirm
Luis Rosario Madera T.
Aux. de Enfermeria
C.C. 1013687560
Laboratorio Clinico
Médico

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79469155 realizó el día 22/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 79469155 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PEÑA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79469155, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/02/2022 y fecha fin de contrato 23/11/2022 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): 202201012627896.

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 11:50:04 p. m.
ISCDC: 21/02/2022 11:50:04 p. m.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SIBATE, **21/02/2022**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUIS EDUARDO RODRIGUEZ PENA** con **Cédula de Ciudadanía** número **79469155**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570466670002263**
Fecha de apertura	**12/03/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-46-101040779	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
24	01	2022	02	02	2022	00:00	30	03	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RODRIGUEZ PENA LUIS EDUARDO	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :79,469,155
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 6A NO 12A 29 PARQ	CIUDAD: SIBATE - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 3115257742

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	.	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 0
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3326871 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE FORMACIÓN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA EN LA VIGENCIA 2022

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/02/2022	30/03/2023	$ 3,890,900.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,890,900.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
DELIMA GRUPO EMPRESARIAL	93093	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101040779

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

DLF093093A

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101040779, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 24 días del mes de Enero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 21461010407790

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ PENA LUIS EDUARDO C.C. C.C. :79,469,155

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101040779

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101040779 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

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

INTERMEDIARIO: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 21461010407790

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: RODRIGUEZ PENA LUIS EDUARDO C.C. C.C. :79,469,155

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101040779

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101040779 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

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

INTERMEDIARIO: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.21-46-101040779

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 830.009.578-6

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

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

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO