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** | **31067-563896** |
| **No. de documento** | **355727** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JAVIER PINO PALOMINO | **C.C.** | 11.812.287 | **IP/Nº de contacto** | 3113935437 |
| **Correo electrónico contratista:** | jpinop@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:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 009970436391 | |
| **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:** | 3329194/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **14622** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.042.250 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 39.042.250 | **1** | **Del** | **02/02/2022** | **Al** | **28/02/2022** | **$ 3.864.250,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 35.178.000 | | 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** | ---------- | **1043300998** |
| **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

IE Integrado de Soacha - Apoyo en el proceso de recolección, verificación de documentos e inscripción para la matricula.
IE General Santander De Soacha - Apoyo en el proceso de recolección, verificación de documentos e inscripción para la matricula.

**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.

**JAVIER PINO PALOMINO**
**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**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-01-20, 04:24:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1043300998

**Periodo Cotización:** enero de 2022 **Periodo Servicio:** enero de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8835742550

## PAGADO 20/01/2022

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JAVIER PINO PALOMINO | | |
| **Documento** | CC11812287 | **Dirección** | CLL 53 13C 30 SUR TUNJUELITO |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3113935437 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRET | IRET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| CC 11812287 | JAVIER PINO PALOMINO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | (230301) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.000.000 | $ 160.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.000.000 | $ 125.000 | 0,522 | $ 1.000.000 | $ 5.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 290.300 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 160.000 | $ 125.000 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 290.300 | $ 0 | $ 290.300 |

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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JAVIER PINO PALOMINO identificado(a) con Cedula Ciudadania 11812287, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20190401 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Febrero de 2.022

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
18262645

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14262781094

(415)7707212489984(8020) 000001426278109 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 8 1 2 2 8 7 — 6. DV 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 2

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión iliquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1 1 8 1 2 2 8 7

27. Fecha expedición: 1 9 9 9 1 0 2 9

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Chocó 2 7

30. Ciudad/Municipio: Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido: PINO

32. Segundo apellido: PALOMINO

33. Primer nombre: JAVIER

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección: CL 53 SUR 15 22

42. Correo electrónico: batinegro21@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 3 1 1 3 9 3 5 4 3 7

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 3 1 0 2 4 | 8 2 9 9 | 2 0 1 3 1 0 2 4 | | | | 3 4 7 4 | |

**Responsabilidades**

53. Código: 1 2

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |

12- Ventas régimen simplificado

**Usuarios aduaneros**

54. Código:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2 0 1 3 1 0 2 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004

Firma del solicitante: JAVIER PINO P.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: DIMAS RINCON MARIA ISABEL

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 24-10-2013 03:16:19PM

Escaneado con CamScanner

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S**
Nit. 900810768 - 8
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE
Tel: 8822218

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○

## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/03/2019 10:53:00** Empresa **PARTICULAR PAQUETE SENA**

Nombre **JAVIER - PINO PALOMINO**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 11812287**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2 OPTOMETRIA | 3 ELECTROCARDIOGRAMA |
| 4 PERFIL LIPIDICO | 5 CUADRO HEMATICO | 6 GLICEMIA |
| 7 TEST PSICOTECNICO | 8 IN BODY | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ⊗ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ⊗ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ⊗ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**
Visual ○ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ○ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS NUTRICION | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

OPTOMETRIA: Control anual
ELECTROCARDIOGRAMA: Sin alteración
LABORATORIOS : Mejorar habitos alimenticios

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

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA GENERAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: JAVIER - PINO PALOMINO
CC 11812287
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM



Scanned by CamScanner

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Prevenir los riesgos de trabajo de campo (seguridad, mordedura por animal, quemadura solar, accidente de tránsito)
5. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
6. Articular sonidos de manera correcta
7. Mantener un ritmo adecuado al hablar
8. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
9. Evitar los cambios bruscos de temperatura
10. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
11. Evitar las sobrecargas laborales
12. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana
13. Disminuir el consumo de carbohidratos
14. Control con Nutrición

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 GENERAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: JAVIER - PINO PALOMINO
CC 11812287
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica



Scanned by CamScanner

CIED
Clínica IPS Eugenio Diaz

# CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768

## LABORATORIO

Dirección:CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE Tel : 8822218 Sexo M Edad 38 Años Fecha 19/03/2019 11:01:00

Doc: 11812287 Nombre : JAVIER - PINO PALOMINO Entidad:PARTICULAR PAQUETE SENA

| Nombre | Nivel | Indicaciones |
|---|---|---|
| - 903841 - GLICEMIA | | 88.7 mg/dL |
| - P903801 - PERFIL LIPIDICO | | COLESTEROL TOTAL: *251.6 mg/dL<br>TRIGLICÉRIDOS: *307.6 mg/dL<br>COLESTEROL HDL: 41<br>COLESTEROL LDL: *180.6<br>COLESTEROL VLDL: 61.5<br>*DATOS CONFIRMADOS |

Jenny Carolina Dussan M.
CC. 1.032.462.436
Bacterióloga - UCMC

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

Scanned by CamScanner

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nombre: JAVIER - PINO PALOMINO

CC: 11812287 Edad: 38 años Fecha:19/03/2019 Hora:10+30

**Empresa: SENA** **Cargo: INSTRUCTOR**

Examen de

**Prueba Psicometrica Nivel S**

Puntaje : Medio/Alto

**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 Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN SEGURIDAD Y SALUD DI TRABAJO
C.C. 1030583036

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

Scanned by CamScanner

# CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

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

## OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 19/03/2019 09:22:00

Doc. Identidad **CC 11812287** Nombre **JAVIER - PINO PALOMINO** Fecha Nacimiento. **21/04/1980**
Entidad **PARTICULAR PAQUETE SENA** Edad **38** Ocupación **INSTRUCTOR**
Fondo de Pensiòn **PROTECCION** EPS ARL **POSITIVA**

**Anamnesis**

Ultimo examen visual **2018** | Usa Anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]
Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?
Accidentes Oculares Si [ ] No [X] Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad Ocular [ ]
Ardor Ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio Ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito Ocular [ ] Salto de Renglón [ ]
Antececentes personales y/o familiares **NO REFIERE** Trae corrección óptica [ ]

**Agudeza Visual**

| C.C. | V.L | V.P. | S.C. | V.L. | V.P. |
|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | NA | NA | | 20/20 | 20/20 |
| O.I. | NA | NA | | 20/20 | 20/20 |

**Lensometria**

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| O.D. | NA | | | |
| O.I. | NA | | | |

**Examen Externo**

| | O.D. | O.I. |
|---|---|---|
| **Segmento Anterior:** | Hiperemia conjuntiva [X] Pterigio N [ ] | Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ] |
| | Ptergio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] | Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] |
| | Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma Corneal [ ] | Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma Corneal [ ] |
| | Ptosis palpebral [ ] Otros: **MELANOSIS CONJUNTIVAL** | Ptosis palpebral [ ] Otros: **MELANOSIS CONJUNTIVAL** |

**Motilidad Ocular**

CVT: VL **ORTHOFORIA** VP **EXOFORIA** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC **8 CMS**

**Oftalmoscopia**

| | O.D. | O.I. |
|---|---|---|
| | F.O.A.N. [X] Papila Normal [X] Brillo Foveal Normal [X] Catarata [ ] | F.O.A.N. [X] Papila Normal [X] Brillo Foveal Normal [X] 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** / **Refracción Final** / **AV**

| | Esfera | Cilindro | EJE | Adición | | Esfera | Cilindro | EJE | Adición | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | +025 | - | | + | O.D: | | - | | + | | |
| O.I: | +025 | - | | + | O.I: | | - | | + | | |

**Interpretación**

| | O.D | O.I | | O.D | O.I |
|---|---|---|---|---|---|
| No requiere correción óptica | [X] | [X] | Defecto refractivo no corregido | [ ] | [ ] |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | [ ] | [ ] | Gafas no formuladas | [ ] | [ ] |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | [ ] | [ ] | | | |

**Diagnóstico**

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

**Recomendaciones**

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

**Valoración** Normal [ ] Anormal [X]

**CONCEPTO**

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** 1. PAUSAS VISUALES CADA 2 HORAS POR 5 A 10 MINUTOS.
2. CONTROL ANUAL .

DRA. CLAUDIA R. VELANDIA M.
OPTOMETRA-FUAA
REG 1673 CTNPO
ESPECIALIDAD SALUD OCUPACIONAL

CLAUDIA ROCIO VELANDIA MARENTES
Especialidad OPTOMETRIA
CC: 39677176 RM:

Scanned by CamScanner

clinica ips eugenio diaz
2019-03-19 01:10

ID: 1181228?
Nombre: Javier Pino Sexo: M. Edad: 38
Talla: ____ cm Peso: ____ kg SIS/DIAS: ____ / ____ mmHg
HR [bpm]:72
PR Interval [ms ]:170
P Duration [ms ]:112
QRS Duration [ms ]:90
T Duration [ms ]:232
QT/QTc [ms ]:395/435
P/QRS/T Axis [deg]:34.8/-29.3/-12.4
R(V5)/S(V1) [mV ]:1.58/1.10
R(V5)+S(V1) [mV ]:2.68
<<Conclusión>>
Ritmo sinusal normal;
Moderada desviacion izquierda del e

Jessica Dayanne Martinez T.
Aux. de Enfermería
C.C. 1073697560
Laboratorio Clínico

**Report need physician confirm**

Médico

Scanned by CamScanner

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nit:900810768-8

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S**

CLL 12 A NO 9 - 91 SOACHA PARQUE
8822218

Regimen. COMUN

**Factura de Venta Nº: CIED05413**

Resolucion DIAN 18762006391718 desde la fra CIED02713 hasta CIED10000 Fecha 10/01/2018
Actividad Economica 8692 ICA 4x1000

C.C./Nit: 11812287
Nombre : JAVIER - PINO PALOMINO
**Fecha 19/03/2019 08:59:00**

Tel :
Direcc : CALLE 53 NO. 13C-30 SUR BRR
Edad: 38 años, 10 meses, 28 días

Practicado Por: INGRID EMILSE MOSQUERA CAUCALI
Entidad Administradora: PARTICULAR PAQUETE SENA

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

www.avances.com.co

Son: NOVENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **Subtotal $** | 97,000 |
| **Iva $** | 0 |
| **Dcto $** | 0 |
| **Valor Neto $** | 97,000 |

RECIBIDO
Clínica IPS Eugenio Díaz
Nit. 900810768-8
PAGADO

IEM
Elaboro

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.

Scanned by CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER PINO PALOMINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11812287 realizó el día 16/02/2022 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 JAVIER PINO PALOMINO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 11812287 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 JAVIER PINO PALOMINO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 11812287, 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 24/11/2022 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): 202201012622511.

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 6:06:23 p. m.**
**ISCDC: 21/02/2022 6:06:23 p. m.**

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **21/02/2022**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAVIER PINO PALOMINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **11812287**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570009970436391** |
| Fecha de apertura | **14/05/2008** |

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 | 21-46-101039767 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 21 | 01 | 2022 | 02 | 02 | 2022 | 00:00 | 30 | 03 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | PINO PALOMINO JAVIER | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :11,812,287 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CALLE 53 NO 13 C 30 SUR | CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 3113935437 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CUNDINAMARCA 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.3329194 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ISNTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LA COORDINACION ACADEMICA DE FORMACION ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS AREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA RECREACION 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 | $ 3,904,225.00 |

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 | $ 3,904,225.00 | 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.

21-46-101039767

Javier Pino C. 11812282

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. 21-46-101039767, 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 21 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°: 21461010397670

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

RECIBIMOS DE: PINO PALOMINO JAVIER — C.C. C.C. :11,812,287

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101039767

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101039767 - 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 21461010397670

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: PINO PALOMINO JAVIER — C.C. C.C. :11,812,287

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

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101039767

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101039767 - 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.21-46-101039767

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