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 VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - EMPRENDE RURAL
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	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**25759-204854**
No. de documento	**347609**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OLMER SANCHEZ DUARTE	**C.C.**	94.388.847	**IP/Nº de contacto**	3155406542
Correo electrónico contratista:	olsanchez@sena.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: BANCO AGRARIO DE COLOMB **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 469550076312

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: 3383564/2022 **Nº Compromiso SIIF** 19122

Valor Total del Contrato	$ 39.060.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.060.000	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.906.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.154.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SENA EMPRENDE RURAL SER DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.906.000	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	**$ 3.906.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.595.525**	**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.562.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 865.175	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.595.525,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.460.700,00	
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 - 8523	11.718,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.530,00	0,500%
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)	581.200,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.293.552,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe contractual mes Febrero

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.

OLMER SANCHEZ DUARTE
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,

MARIO CRISTOBAL ARIZA ARBELAEZ
INSTRUCTOR G18

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

DIEGO FERNANDO BOLAÑOS BUSTOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) OLMER SANCHEZ DUARTE , identificado(a) con CC 94388847 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., con fecha de última afiliación: 24/04/2007 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	VIGENTE
TI	1116075464	JULIANA SANCHEZ PLAZA	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/02	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/03	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/04	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/05	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/06	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/07	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/08	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/09	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/10	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/11	30
CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	CC	94388847	OLMER SANCHEZ DUARTE	2021/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los CATORCE (14) días del mes de FEBRERO del año 2022.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 4285874 Feb 14 2022 2:45PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14806023302

(415)7707212489984(8020) 000001480602330 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 4 3 8 8 8 4 7	9	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

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	9 4 3 8 8 8 4 7	1 9 9 2 1 2 3 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	DUARTE	OLMER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal: MZ N CA 20 URB LA PAZ

42. Correo electrónico: asofamora@yahoo.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 5 0	2 0 0 2 0 2 0 1	8 5 5 1	2 0 2 1 0 1 2 9	7 0 2 0	6 1 1 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2022 - 01 - 14 / 10 : 53: 19

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 SANCHEZ DUARTE OLMER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.506

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	02 MES	2020 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SENA	SENA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANCHEZ DUARTE OLMER	MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	94388847 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR**

Celular: **3155406542**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR CONTROL EN SU EPS POR HIPERTENSION Y HIPERGLICEMIA		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

POR ALTERACION VISUAL : USAR LENTES MEDICADOS, CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO EN SU EPS , CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSO Y DIABETICOS EN SU EPS ,, DIETA ADECUADA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EJERCICIOS POR OBESIDAD CONSULTAR POR NUTRICIONISTA EN SU EPS, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Laura Anaya H.
CC 22.857.391
137420 - 04
Rm 0420
Médico Ocupacional

Firma:

Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Aspirante o Trabajador

olmer sanchez duarte

Firma:

Nombre: SANCHEZ DUARTE OLMER

CC: 94388847

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

CENTRO OCUPACIONAL
INTEGRAL BUGA S.A.S.
Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General- Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

AUDIOMETRIA

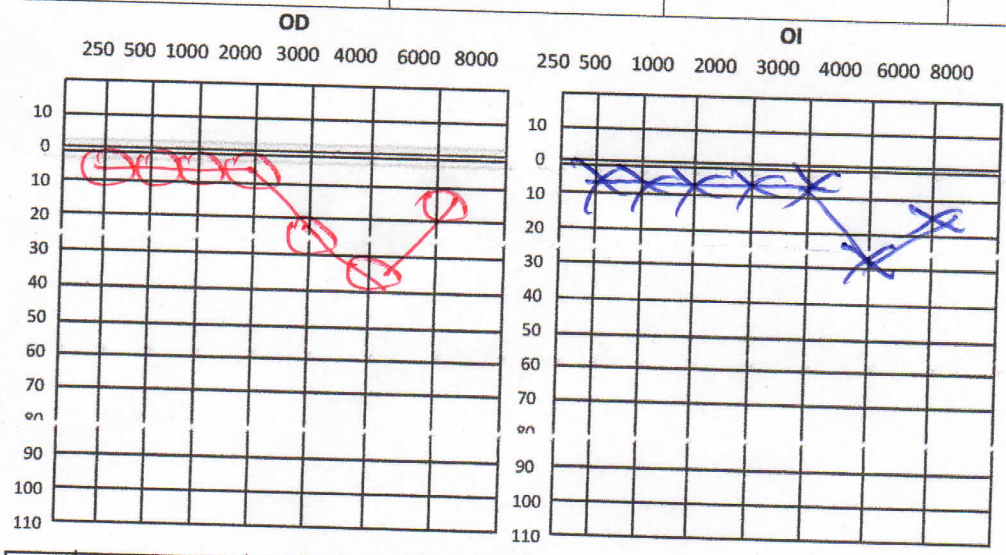
Nombre: Olmer Sánchez Fecha: Febrero 22/2024

Empresa: SENA Cargo: Cédula: 94388847 Edad: 45

Le han realizado audiometrías en el último año SI_____ NO_____

Resultado: Normal _____ Alterado _____ Explique _____

OTOSCOPIA	OD	OI	OBSERVACIONES
Tapón de Cerumen			
Conducto Auditivo Externo			
Membrana Timpánica			
Secreciones			
Otras			



OD	OI
O Aérea	X Aérea
< Osea	> Ósea
⋀ Masking	⊓ Ósea
⊏ Masking	⊐ Masking

O.D.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	25	35	15	
Vía Ósea								

O.I.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	5	25	15	
Vía Ósea								

DIAGNOSTICO

O.D. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

O.I. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

HORAS REPOSO AUDITIVO _____

EQUIPO _____

FECHA CALIBRACIÓN _____

OTROS DIAGNOSTICOS:

OD _____

OI _____

OBSERVACIONES: Audición normal Bilateral, se evidencia descenso leve en frecuencias de 3k-4k por O.D y por O.I en frecuencias de 4k.

CONDUCTA A SEGUIR

- [ ] VALORACION CONFIRMATORIA
- [ ] CONTROL EN UN (1) AÑO
- [ ] CONTROL EN SEIS (6) MESES
- [ ] CONTINUAR USO EPP
- [ ] DOTAR EPP
- [x] REMISION MEDICO EPS

Dra. Laura Anaya H.
Medico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420-04
C.C. 22857381

Claudia Marcela Cardona López
FONOAUDIÓLOGA
Universidad Católica de Manizales
R.N 69395

Firma del Trabajador

Fonoaudióloga

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

FORMATO DE OPTOMETRIA

Ciudad: Buga Fecha: 22-02-2020. Empresa: Sena.

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos	Flotmus Jamaby Duerte.						
No. Identificación:	94.388.847	de	Tulua	Sexo:	Masculino ☑	Femenino ☐	
Fecha de Nacimiento:	07/08/74	Edad:	45.	F. Ingreso		Antigüedad:	
Nombre del cargo actual o a desempeñar:	Instructor.			Sección:			

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de protección visual			
Pantallas de visualización	☐	Alta exigencia visual	☐	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☐	Según Exposición	☐
Iluminación inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☐	Líquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyección de Partículas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Síntomas Visuales				Usuario de lentes de Corrección	
Trastorno	☐	Conjuntivitis	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminución AV	☐	Uso Permanente	☐
Cataratas	☐	Trauma Ocular	☐	Cirugía Refractiva	☐	Fotofobia	☐	Visión Borrosa	☐	Uso Ocasional	☑
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	No usa	☐
Hipertensión Arterial	☑	Infección Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐		

4. EVALUACIÓN VISUAL

		VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
Rx en uso	O.D.						
	O.I.						

Estado Motor	Normal	CT	VL ⊕	VP X
Reflejos pupilares	Presentes.			

PPC Normal

O.D. O.I. Oftalmoscopia: Normal sin.

Visión Cromática	Visión estereoscópica	Campo Visual	Observaciones
Normal	Positivo	180°.	

Rx Final				
	O.D.	N	ADD.	Agudeza visual CC 20/20
	O.I.	N	ADD.	Agudeza visual CC 20/20.

5. DIAGNOSTICO

Emétrope	☐	Astigmatismo	☐	Alteración del Campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopía	☐
Miopía	☐	Presbicia	☑	Alteración visión de profundidad	☐	Ojo Seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropia	☐	Desbalance muscular	☐	Alteracion vision color	☐	Glaucoma	☐	Alteración Parpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección	☐	Lentes de corrección de uso ocasional	VP. ☑	Valoración Oftalmológica	☐
Apto con lentes de Corrección en uso	☐	Lentes de corrección de uso permanente	☐	Valoración Ortoptica	☐
Se da x de lentes de corrección por 1ª. Vez	☐	Cambio de Rx de lentes de corrección	☐		

Dra. Laura Anaya
Medico General
Esp. Salud Ocupacio.
Reg. 137420-04
C.C. 22507591

94 388 847

Firma Especialista y Registro

Firma y Cédula del Trabajador

Carrera 16 No. 5 - 53 Buga (Valle) /tel. 2382252 – 3007265803
E-mail: laura-anaya@hotmail.com – centroocupacionalintegralbuga@gmail.com

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: P003 000000003628

Paciente: OLMER SANCHEZ DUARTE
D.I.: 94388847
Medico:
Empresa: CENTRO OCUPACIONAL BUGA S.A.S

Edad/Sexo: 045 A /M
Origen muestra: SUERO
Fecha Recepción: 22/02/2020
Fecha Impresión: 22/02/2020

ANÁLISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL:	166.0 mg/dl	
Observacion Importante		
Deseable: hasta 200 mg/dl		
Riesgo: mayor de 240 mg/dl		
Aspecto del suero	CLARO	
Técnica COLORIMETRICO, Reportado: 22/02/2020 10:17:46		
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084		
COLESTEROL ALTA DENSIDAD (HDL)	40.0 mg/dl	
OBSERVACION IMPORTANTE		
HOMBRES		
Deseable: mayor de 55 mg/dl		
Riesgo: menor de 35 mg/dl		
MUJERES		
Deseable: mayor de 65 mg/dl		
Riesgo: menor de 45 mg/dl		
Técnica COLORIMETRICO, Reportado: 22/02/2020 10:18:20		
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084		
COLESTEROL BAJA DENSIDAD (LDL)	92 mg/dl	
Observacion Importante		
Deseable : menor a 100 mg/dl		
Riesgo Relativo :150 -200 mg/dl		
Riesgo Elevado: mayor a 200 mg/dl		
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	34 mg/dl	20 a 60
Indice Arterial:	4.1	2.9 a 4.3
Técnica , Reportado: 22/02/2020 10:18:26		

Dra. Laura Angya H.
Medico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420 - 04
C.C. 2250[illegible]

"la interpretación de este análisis corresponde exclulusivamene al médico"

USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES

Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.

Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com

La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

Laboratorio Clinico Lopez S.A.S.

Orden de trabajo: P003 000000003628

Paciente: OLMER SANCHEZ DUARTE
D.I.: 94388847
Medico:
Empresa: CENTRO OCUPACIONAL BUGA S.A.S

Edad/Sexo: 045 A /M
Origen muestra: SUERO
Fecha Recepción: 22/02/2020
Fecha Impresión: 22/02/2020

ANÁLISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084		
GLICEMIA EN AYUNO:	123.0 mg/dl	** 70 a 105
Técnica COLORIMETRICO, Reportado: 22/02/2020 11:31:11		
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084		
TRIGLICERIDOS	172.0 mg/dl	**
Observacion Importante		
HOMBRES		
Deseable: entre 40-160 mg/dl		
Riesgo: mayor de 200 mg/dl		
MUJERES		
Deseable: entre 35-135 mg/dl		
Riesgo: mayor de 200 mg/dl		
Aspecto del suero	CLARO	
Técnica COLORIMETRICO, Reportado: 22/02/2020 10:18:10		
Responsable: CLAUDIA TASCON SANCHEZ, Reg. 10084		

Dra. Laura Anaya H.
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420 - 04
C.C. 2286791

"la interpretación de este análisis corresponde exclulusivamene al médico"

USTED ES NUESTRA PRIORIDAD, POR TAL RAZÓN ES QUE LE BRINDAMOS SERVICIOS QUE SE AJUSTEN A SUS NECECIDADES

Sede principal: Carrera 15 N° 4-63 PBX: 2366222, Cel: 315 573 29 32.

Web: www.laboratorioclinicolopez.com, Email: gestion@laboratorioclinicolopez.com

La manipulación o alteración del contenido de este documento está sujeto a la ley 289 del código penal citado a continuación; "El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses."

ISO 9001 icontec

IQNet

Hace constar:

Que el Sr(a) OLMER SANCHEZ DUARTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94388847 realizó el día 14/02/2022 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 OLMER SANCHEZ DUARTE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94388847 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 OLMER SANCHEZ DUARTE, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94388847, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/11/2022 con riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012425661.

Esta certificación se expide a los 14 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 14/02/2022 2:25:54 p. m.
ISCDC: 14/02/2022 2:25:54 p. m.

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: SANCHEZ DUARTE OLMER, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 94388847 de TULUA, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-695-50-07631-2, fecha de apertura: 06/22/2016.

Se expide en TULUA, a los catorce (14) días del mes de febrero de 2022, con destino a: QUIEN PUEDA INTERESAR

Banco Agrario de Colombia
Of. Tulua - Valle

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

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:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101002178	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	01	02	2022	00:00	30	03	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SANCHEZ DUARTE OLMER		IDENTIFICACIÓN:	C.C. :94,388,847
DIRECCIÓN: CORREGIMIENTO BOCAS DE TULUA	CIUDAD: TULUA - VALLE	TELÉFONO:	3155406542

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA		IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	CIUDAD: BUGA - VALLE	TELÉFONO:	2376300
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.3383564 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SENA EMPRENDE RURAL - SER DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2022	30/03/2023	$ 3,906,000.00

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	$ 3,906,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	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 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101002178

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

31203494

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 52461010021780

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

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	SANCHEZ DUARTE OLMER C.C. C.C. :94,388,847
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002178

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002178 - 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
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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°: 52461010021780

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	SANCHEZ DUARTE OLMER C.C. C.C. :94,388,847
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002178

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002178 - 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
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

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. 52-46-101002178, 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 TULUA, a los 24 días del mes de Enero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101002178

SEGUROS DEL ESTADO

NIT 860.009.578-6

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA