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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**11183-919270**
No. de documento	**554490**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ	**C.C.**	94.324.106	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	dacaicedos@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**		016200664502	
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:	4014991/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**276322**	
Valor Total del Contrato	$ 12.238.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.238.800	**1**	**Del**	**12/09/2022**	**Al**	**30/09/2022**	**$ 2.473.800,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.765.000		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 A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.473.800	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	**$ 2.473.800**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.641.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 547.200	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.641.600,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.188.800,00	
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	7.421,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	12.369,00	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)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.454.010,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe Contractual mes de septiembre de 2022
Entrega de evidencias soporte necesarios para el pago del mes de septiembre 2022
Se anexa certificado afiliacion salud, pension,ARL

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.

DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ
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,

JOHN ANTONIO CASTILLO VILLEGAS
INSTRUCTOR G12

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)

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFENALCO VALLE DELAGENTE EN SU PROGRAMA DE EPS
COMFENALCO VALLE DELAGENTE
NIT 890.303.093-5

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 94324106 , se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210208	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Septiembre de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
SOLICITUD DEL INTERESADO

Información sujeta a verificación por parte de COMFENALCO VALLE DELAGENTE. Cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención EPS: (602) 4853530 y en la Línea Nacional 01 8000 185 462. Documento no válido como autorización de Traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

COMFENALCO VALLE DELAGENTE.

Elaboró: LEIDY JOHANNA CASTELLANOS
CER-AFI 19872599

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **94.324.106** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de septiembre de 2022.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2022090816211

Servicio Humano Para Humanos

TIAN IPS SAS
Nit: 9002934029
Dirección: CR 26 32 124
Telefono: 6022870707
Email: gerencia@tianips.com

Información General

No. ingreso	**7489**	**Fecha Impresión**	2022-09-10
Fecha Ingreso	2022-09-10 09:37:02	**Nombre**	DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ
CC	94324106	**Sede**	PALMIRA
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1975-12-20	**Edad**	46 años
Dirección	CR 30 44 A 13	**Telefono**	3168247564
Estado Civil	Soltero(a)	**# Hijos**	0
Fecha Salida	2022-09-10 11:20:05		
Empresa Contratante	PARTICULAR	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
TERAPIA PSICOLOGIA EVALUACION	apto	GLICEMIA SIMPLE	resultado dentro de limites normales
OPTOMETRIA OCUPACIONAL	su capacidad visual actual es insuficiente y requiere corrección.	PERFIL LIPIDICO	resultado dentro de limites normales
		HEMOGRAMA	resultado dentro de limites normales

Certificación de Aptitud

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Remisión a EPS por ↓

Recomendaciones Especificas Trabajador

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su defecto en pared abdominal si presenta sintomas.
2. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología visual por Optómetra.

Recomendaciones Especificas Empresa

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en la Circular 30 de 2020, en su numeral 4. CONSIDERACIONES ESPECIALES POR PATOLOGIA DE LA PARED ABDOMINAL: Presenta una debilidad de la pared abdominal, actualmente asintomática, probablemente congénita o asociada al aumento del perímetro abdominal, que no le genera actualmente limitaciones ocupacionales para el oficio, pero se requiere que sea evaluada y manejada en su entidad de salud, para su control y seguimiento porque aumenta el riesgo de complicaciones.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: Karen Lorena Rodriguez Vidal
CC: 30039860

Firma del trabajador: DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ
CC: 94324106

Registro médico:
Licencia N°: Resolución 250 del 19 de febrero de 2018

TIAN IPS SAS
Nit: 9002934029
Dirección: CR 26 32 124
Telefono: 6022870707
Email: gerencia@tianips.com

Información General

No. ingreso 7489	**Fecha Impresión** 2022-09-10	**Empresa Contratante**	PARTICULAR-PALMIRA
Nombre	DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	94324106	**Sede**	PALMIRA
Fecha Ingreso	2022-09-10 09:43:11	**Fecha Salida**	2022-09-10 11:20:05
Fecha Nac.	1975-12-20	**Edad**	46 años
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad**	
Genero	Masculino	**N° hijos**	0
Raza	Mestizo	**Estrato**	2



Examen

OPTOMETRIA OCUPACIONAL | OPTOMETRIA OCUPACIONAL | 890207

Antecedentes Quirúrgicos

☐ Refractiva ☐ Catarata ☐ Pterigion Otra: Observación:

Corrección Visual

Corrección Visual: NO ☐ Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca
☐ Descanso ☐ Lente de contacto Último Examen: Mayor de 2 Años Observaciones:

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertension: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

Antecedentes Laborales

☐ Iluminación Inadecuada ☐ Cambios Temperatura ☑ Usuario Computador ☐ Mala ventilación
☑ Radiación Ultravioleta ☐ Gases o Humos Toxicos Otros Antecedentes:

Sintomas

☐ Fotofobia ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☑ Cansancio
☐ Dolor ☐ Secreción ☐ Ojo Rojo ☐ Visión Borrosa
☐ Visión Doble ☑ Mala Visión Cercana ☐ Mala Visión Lejana ☐ Cefalea
☐ Caspa en pestañas Otros Sintomas:

Examen Externo

Parpados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Escleras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Córnea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones:	

Lensometría

Ojo Derecho : Ojo Izquierdo :

Agudeza Visual

VISIÓN LEJANA

	Sin Corrección	Con Corrección	PH
Ojo Derecho	20/20		
Ojo Izquierdo	20/20		
Ambos Ojos	2020		

VISIÓN CERCANA

	Sin Corrección	Con Corrección
Ojo Derecho	1.50M	
Ojo Izquierdo	1.50M	

Ambos Ojos	2020

Observaciones :

Ambos Ojos	1.50M

Observaciones :

Visión Cromática Estereopsis

Normal
Cromática (Test Ishihara) : NORMAL
Profundidad (Test de Fly) : 20 seg arco
Observaciones : NO REFIERE

Anormal
Cromática (Test Ishihara) :
Profundidad (Test de Fly) : Seleccione

Motilidad Ocular

Punto Proximo Convergencia (cm) : 5 CMS

Cover Test Lejos : NORMAL

Cover Test Cerca : NORMAL

Ofalmoscopía

Ojo Derecho : NORMAL

Ojo Izquierdo : NORMAL

Retinoscopía

Ojo Derecho : N

Ojo Izquierdo : N

Queratometría

Ojo Derecho : NA

Ojo Izquierdo : NA

Estado de Corrección

Anormal_no_corregido

Diagnóstico

Diagnóstico Principal : PRESBICIA

H524

Diagnóstico Relacionado 1 :
Diagnóstico Relacionado 2 :
Diagnóstico Relacionado 3 :
Diagnóstico Relacionado 4 :
Observaciones Diagnóstico :

Corrección Óptica Final

O.D : N	ADD+ : +1.50	AV : 20/20	Distancia Pupilar :
O.I : N	ADD+ : +1.50	AV : 20/20	Corrección Óptica Final : Cerca

Recomendaciones

- [ ] Usar corrección visual para trabajar
- [ ] Uso de filtro antirreflejo para video terminales
- [ ] Uso de lentes de protección solar
- [ ] Elementos de Protección individual Visual
- [ ] Pausas Activas Visuales
- [x] Uso de corrección óptica para visión proxima
- [ ] Uso de corrección óptica de descanso
- [ ] Uso permanente de corrección óptica
- [ ] Lubricante Ocular

Observaciones : su capacidad visual actual es insuficiente y requiere corrección.

Remisiones

- [ ] Valoración Oftalmologica
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Tratamiento Ortoptica
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Realizar Prueba Ambulatoria

Otras Remisiones :

Observación : NO REFIERE

Controles

Anual

Resultado

Resultado : Anormal

Descripción de la observación general : REQUIERE USO DE RX SOLO CERCA. CONTROL 1 AÑO.

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de TIAN IPS SAS. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional ocupacional: Daniel Alonso Becerra Sabogal
CC: 1143850513
Registro médico: T.P. N° 1143850513 Rethus N° 1143850513- 11-11-17
Licencia N°:

Firma del trabajador: DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ
CC: 94324106

Powered By www.gruponw.com

TIAN
Servicio Humano Para Humanos

TIAN IPS SAS
Nit: 9002934029
Dirección: CR 26 32 124
Telefono: 6022870707
Email: gerencia@tianips.com
Fecha de Impresión: 2022-09-10
Hora de Impresión: 12:15:22

Sanitco

Datos del Paciente

Identificación: 94324106
Paciente: CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER
Fecha Nac: 1975-12-20
Sede:
Edad: 46 años
Teléfono:
Nombre del Cargo:INSTRUCTOR

Nro de Ingreso: 7489
Fecha de Ingreso: 2022-09-10
Fecha toma: No aplica
Fecha Res: No aplica
Origen:PARTICULAR
Destino:



Fecha toma: 2022-09-10 Hora: 09:54:26 **Fecha Res: 2022-09-10 Hora: 10:34:13**

GLICEMIA SIMPLE	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
GLICEMIA PRE	96.4	70 - 105	mg/dL		Julio David

Fecha toma: 2022-09-10 Hora: 09:54:26 **Fecha Res: 2022-09-10 Hora: 10:35:24**

PERFIL LIPIDICO	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
COLESTEROL TOTAL	186	Optimo: Menor de 200 Límite alto: 200-239 Alto: Mayor a 240	mg/dl		Julio David
TRIGLICERIDOS	77.1	Normal: Menor de 150 Levemente elevado: 150-199 Elevado: 200-499	mg/dl		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	47.0	Bajo: Menor de 40 Normal: 40 a 59 Alto: Mayor o igual 60	mg/dl		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	123.6	Optimo: Menor de 100 Cercano al óptimo: 100-129 Limite alto: 130-159 Alto: 160-189 Muy alto: Mayor o igual a 190	mg/dl		
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL	15.42	2,0-30,0	mg/dl		

Fecha toma: 2022-09-10 Hora: 09:54:26 **Fecha Res: 2022-09-10 Hora: 10:22:18**

HEMOGRAMA	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
WBC	9.29	4.50 - 10.20	X 10^6/MM^3		Julio David
LYM#	2.8	0.60 - 4.10	X 10^6/MM^3		
MID#	0.59	0.10 - 1.80	X 10^6/MM^3		
GRA#	5.9	2.00 - 7.80	X 10^6/MM^3		
LYM%	30.15	20.00 - 50.00	%		
MID%	6.3	1.00 -15.00	%		
GRA%	63.55	40.00 - 70.00	%		
RBC	5.07	3.80 - 6.20	X 10^6/MM^3		
HGB	15.1	12.00 - 18.00	g/dL		
MCHC	32.6	31.10 - 36.00	g/dL		
MCH	29.81	26.50 - 33.50	pg		
MCV	91.45	80.00 - 99.00	fL		
RDW-CV	12.95	10.00 - 15.00	%		
RDW-SD	41.77	35.00 - 56.00	fL		
HCT	46.32	36.00 - 54.00	%		
PLT	251	150.00 - 450.00	X 10^6/MM^3		
MPV	8.64	7.00 - 11.00	fL		

PDW	15.17	10.00 - 18.00	%
PCT	0.22	0.10 - 0.50	%
P-LCR	26.8	13.00 - 43.00	%

Profesional: Julio David Lopez Florez



C.C : 1102118093 REGISTRO PROFESIONAL: T.P. N° 1.102.118.093
Rethus N° 1102118093 – 31-05-2011

LICENCIA PROFESIONAL:



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C : 94324106

TIAN IPS SAS
Nit: 9002934029
Dirección: CR 26 32 124
Telefono: 6022870707
Email: gerencia@tianips.com

Información General

No. ingreso 7489	**Fecha Impresión** 2022-09-10	**Empresa Contratante**	PARTICULAR-PALMIRA
Nombre	DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	94324106	**Sede**	PALMIRA
Fecha Ingreso	2022-09-10 09:43:11	**Fecha Salida**	2022-09-10 11:20:05
Fecha Nac.	1975-12-20	**Edad**	46 años
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad**	
Genero	Masculino	**N° hijos**	0
Raza	Mestizo	**Estrato**	2



Examen

TERAPIA PSICOLOGIA EVALUACION	14

Informe

Psicologia - Informe

Este examen contiene un archivo adjunto

Entrevista

Antecedentes Laborales

Años de experiencia laboral: 10

Empresa: FUNDOCOL	Tiempo de permanencia: 4 MESES	Motivo de Retiro:
Empresa:	Tiempo de permanencia:	Motivo de Retiro:

- ¿Ha recibido en algún momento información o formación (capacitación, inducción) acerca de las actividades, funciones y/o responsabilidades que debe desempeñar en el cargo? Menciónelas por favor: INSTRUCTOR
- ¿He recibido información o formación (capacitación) acerca de los riesgos o peligros a los cuales Ud. pudiera estar expuesto como consecuencia del desarrollo de las funciones del cargo? Menciónelos por favor: NO REFIERE
- ¿Ha sufrido accidentes de trabajo o ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de origen laboral? ¿Ha sido incapacitado? Explique por favor.: NO REFIERE
- ¿Ha tenido dificultades en sus relaciones laborales (jefes, coordinadores, subordinados)? ¿ Ha tenido dificultades para desarrollar sus labores? ¿ Le han realizado llamados de atención? Explique por favor: NO REFIERE
- ¿Cuenta Ud. con licencia de conducción vigente? ¿Se encuentra al día con la Secretaría de movilidad? ¿Cuál fue el último comparendo que le pusieron? ¿Ha estado involucrado/a en algún accidente de tránsito donde haya habido heridos?: NO REFIERE
- ¿Cuenta Ud. con licencia de conducción vigente? ¿Se encuentra al día con la Secretaría de movilidad? ¿Cuál fue el último comparendo que le pusieron? ¿Ha estado involucrado/a en algún accidente de tránsito donde haya habido heridos?: NO REFIERE

Aspectos Ocupacionales Trabajos en Alturas

Dentro de sus funciones tiene asignadas de forma directa o indirecta labores en alturas de 1,50 mts:

Describa las funciones por favor: NO EVALUADO

¿Cuánto tiempo tiene de experiencia en trabajo en alturas?: NO EVALUADO

¿Ha realizado curso de trabajo en alturas?:

¿Cuáles son las medidas de seguridad que ha tomado o debe tomar para el trabajo en alturas? ¿Qué elementos de protección personal ha utilizado o debe utilizar?: NO EVALUADO

Área Personal

¿Qué características personales le permiten destacarse en este cargo?: AMABLE RESPETUOSO

¿Cuáles son sus mejores cualidades? ¿Qué aspecto personal debe mejorar? (Exploración de debilidades y fortalezas): TOLERANTE

Exploración afectiva (miedo, felicidad, tristeza, ira-mal humor). Incluir observaciones de comportamiento, presentación personal.: NO REFIERE

¿Ha llegado a agredir a otros estando de mal humor?: NO REFIERE

Antecedentes de trastorno psicológico o psiquiátrico (personal o familiar): NO REFIERE

¿Fuma? ¿Con qué frecuencia? ¿Consume alcohol? ¿Con qué frecuencia (# de tragos semanales o mensuales) ¿Consume alguna otra sustancia psicoactiva? ¿Con qué frecuencia?: NO REFIERE

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?: DEPORTE BAILO TERAPIA PASEAR

Área Familiar

Estado civil: Soltero(a)

¿Con quién vive?: PADRES

Número de hijos: 0

Valor moral que prevalece en su hogar o en su vida: RESPETO HUMILDAD

Concepto Preliminar

Psicologia - Diagnostico

Diagnóstico Principal: OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

Código CIE 10: Z018

Observaciones: EL PACIENTE DELFIN CAICEDO DE 46 AÑOS DE EDAD, PRESENTA UN PERFIL PSICOLÓGICO ESTABLE SEGÚN LA ENTREVISTA OCUPACIONAL REALIZADA. NO PRESENTA O HA PRESENTADO ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, NI TAMPOCO SE EVIDENCIAN CONDICIONES INDIVIDUALES, INTRALABORALES O EXTRALABORALES QUE IMPIDAN CON EL DESEMPEÑO ÓPTIMO DE SUS LABORES O TAREAS. ADICIONALMENTE, SE IDENTIFICAN MÚLTIPLES RECURSOS APTITUDINALES, ACTITUDINALES Y EXPERIENCIALES QUE FAVORECEN DICHO CONCEPTO. COMO CONCLUSIÓN, SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO PARA EL EJERCICIO Y/O TAREAS DE INSTRUCTOR SENA.

Conceptos

Concepto Conductor: Cumple

Observaciones: NO EVALUADO

Concepto Operativo: Cumple

Observaciones: EL PACIENTE DELFIN CAICEDO DE 46 AÑOS DE EDAD, PRESENTA UN PERFIL PSICOLÓGICO ESTABLE SEGÚN LA ENTREVISTA OCUPACIONAL REALIZADA. NO PRESENTA O HA PRESENTADO ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, NI TAMPOCO SE EVIDENCIAN CONDICIONES INDIVIDUALES, INTRALABORALES O EXTRALABORALES QUE IMPIDAN CON EL DESEMPEÑO ÓPTIMO DE SUS LABORES O TAREAS. ADICIONALMENTE, SE IDENTIFICAN MÚLTIPLES RECURSOS APTITUDINALES, ACTITUDINALES Y EXPERIENCIALES QUE FAVORECEN DICHO CONCEPTO. COMO CONCLUSIÓN, SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO PARA EL EJERCICIO Y/O TAREAS DE INSTRUCTOR SENA.

Concepto Administrativo: Pruebas Aplicadas

Observaciones: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Concepto Alturas: Cumple

Observaciones: NO EVALUADO

Concepto Brigadista: Cumple

Observaciones: NO EVALUADO

Recomendaciones Específicas

Recomendación Específica: NINGUNA

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de TIAN IPS SAS. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Profesional ocupacional: Juan Daniel Alvarado Malte
CC: 1113683026
Registro médico: T.P. N° 182606 Rethus N° 1113683026 – 29-07-2021
Licencia N°:



Firma del trabajador: DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ
CC: 94324106

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743865324

(415)7707212489984(8020) 000001474386532 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 4 3 2 4 1 0 6	5	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

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 2 4 1 0 6	1 9 9 4 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAICEDO	SANCHEZ	DELFIN	ALEXANDER

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	Palmira 5 2 0

41. Dirección principal: CR 30 44 A 05 BRR SANTA ISABEL

42. Correo electrónico: alexca742@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 3 6 5 9	2 8 6 6 8 3 7	3 1 6 8 2 4 7 5 6 4

CLASIFICACIÓN

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 5 1	2 0 1 9 0 2 0 1							

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 2021 - 02 - 24 / 16 : 44: 44

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 CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94324106 realizó el día 15/09/2022 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 DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94324106 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94324106 el día 15/09/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ, identificado con Cédula Ciudadanía No. 94324106 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 14/09/2022, para el contrato registrado con fecha desde 12/09/2022 y fecha hasta 15/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201019351355.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de septiembre de 2022

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 19/09/2022 03:50:27 p. m.
ISCDC: 19/09/2022 03:50:27 p. m.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

CALI 2022/09/09

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor DELFIN ALEXANDER CAICEDO SANCHEZ con Cédula de Ciudadanía número 94324106 de PALMIRA-VALLE posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	016200664502
Fecha Apertura	2013/07/22

Cordialmente,

DAVIVIENDA 0162 - OF. PALMIRA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06

Escaneado con CamScanner

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	52-46-101002547	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
12	09	2022	12	09	2022	00:00	15	04	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :94,324,106
DIRECCIÓN:	CARRERA 30 44A-13	CIUDAD: PALMIRA - VALLE	TELÉFONO: 3168247564

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.4014991 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVES DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/09/2022	15/04/2023	$ 1,223,880.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,001.00	$ 8,001.00	$ 5,320.38	$ 33,322.38	$ 1,223,880.00	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



52-46-101002547

Delfin sanchez

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.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101002547, 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 12 días del mes de Septiembre de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 52461010025470

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

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER — C.C. C.C. :94,324,106
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS CON TREINTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002547

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002547 - 0 - 0	$ 20,001.00	$ 8,001.00	$ 5,320.38	$ 33,322.38

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,322.38
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,322.38
	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°:** 52461010025470

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	CAICEDO SANCHEZ DELFIN ALEXANDER — C.C. C.C. :94,324,106
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS CON TREINTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002547

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002547 - 0 - 0	$ 20,001.00	$ 8,001.00	$ 5,320.38	$ 33,322.38

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,322.38
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,322.38
	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.52-46-101002547

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