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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - 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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**24 de Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**16561-524356**
No. de documento	**592477**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO	**C.C.**	91.273.975	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	cholarte5@misena.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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0570046090398200	
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:	3272899/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**180922**	
Valor Total del Contrato	$ 10.260.250	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.260.250	**1**	**Del**	**05/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.464.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.795.750		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS EN EL AREA TEMATICA VENTAS CESION S/G RADCPE NO. 68-9-202

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.464.500	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	**$ 3.464.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.302.050**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7852882826**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.385.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 173.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 221.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 14.500	$ 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	$ 767.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.302.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.069.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.464.500,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación FICHA:2557929 / Tco Cosmetología y Estética Integral RAE_•Evaluar las estrategias de mercadeo desarrolladas para la venta de productos y servicios según políticas institucionales. Octubre 5 y 6 ; Ejecución: 12 horas // Formación FICHA: 2557705 / Tgo. Gestión Administrativa RAEs_ •Determinar los precios de los productos y servicios, según tipos de mercados y de productos, mediante la aplicación de métodos de fijación precios. Octubre 31 ; Ejecución: 6 horas / Determinar la oferta y la demanda del producto o servicio, para identificar el potencial de mercado y capacidad de ventas de la empresa según política empresarial.Octubre 18 al 28 ; Ejecución 90 hor Foramción FICHA: 2557604 / Tgo Dirección de Ventas RAEs_ • Definir el plan de acción para diferentes tipos de mercados de acuerdo con la cobertura de mercado, las estrategias de mercadeo de las diferentes áreas, tipos de formatos o unidades de negocio. Octubre 5 al 28 Ejecución: 90 horas / •Diseñar la distribución del espacio en el establecimiento teniendo en cuenta las características objetivos y tipo de negocio aplicando técnicas de animación y merchandising Octubre 31 : Ejecución 5 horas // Total tiempo de ejecución 155 horas.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
INSTRUCTOR

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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91273975
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 50 22 - 87 APTO 602	TELÉFONO:	6927616
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de agentes y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - CONTRATO SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7852882826**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/10/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1701858355

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.000
SUBTOTAL:			1	**$ 224.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 175.000
SUBTOTAL:			1	**$ 175.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890201578	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 8.400
SUBTOTAL:			1	**$ 8.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.700
SUBTOTAL:			1	**$ 14.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 422.100**

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **91273975** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91273975
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2012
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	975
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **03/10/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14724093821

(415)7707212489984(8020) 000001472409382 1

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

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLARTE	VALERO	CARLOS	HERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CL 50 22 87 AP 602 ED SOTOMAYOR CENTRAL BRR LA CONCORDIA

42. Correo electrónico: carlos_h_olarte@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 9 2 7 6 1 6	3 1 0 5 6 0 0 6 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
6 6 2 1	2 0 0 7 0 5 1 6	7 0 2 0	2 0 0 9 1 0 0 1		7 4 9 0	7 3 1 0	2 4 1 9	

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 2 2	4 9																								

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 2020 - 11 - 19 / 16 : 58: 40

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 OLARTE VALERO CARLOS HERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Unisalud ips
SALUD OCUPACIONAL LTDA

Carrera 33 No. 52 - 36 Tel. 6573837 Cel. 313-4220913
Bucaramanga - Colombia



Versión 2 - Ene 23 2017

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Ciudad:	Bucaramanga	**Fecha:**	21/10/2020		***INGRESO***
Empresa:	PARTICULAR			**Cargo:**	INSTRUCTOR.
Nombre:	CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO			**C.C.:**	91273975
Fec Nac:	15/09/1970	**Edad:**	50 años	**De:**	GUEPSA
Direcc.:	CLL 50 N 22-87 APT 602 LA CONCORDIA			**Tel.:**	3105600664
Estudio:	Universitario	**EPS:**	SURA	**ARL:**	NO REFIERE

EXAMENES REALIZADOS

Audiometría
Cuadro Hemático
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Glicemia
Optometría
Parcial de Orina
Perfil Lipidico
prueba psicotecnicas

RECOMENDACIONES GENERALES (para el manejo de enfermedades generales o comunes)

Uso de Elementos de Protección Personal	☒	
Higiene postural - Pausas Activas	☒	
Ingreso al sistema de Vigilancia Epidemiológica	☒	VISUAL.
Reducir el consumo de alcohol	☐	
Dejar de Fumar	☐	
Remisión a E.P.S	☐	
Uso Rx. Optica	☒	PERMANENTE.
Dieta - Ejercicio	☐	

Otras Recomendaciones:

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas´propias de la ocupación a desempeñar
3. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. En trabajos sentado(s), que requiern giros, utilizar sillas giratorias, desplazables, con espaldar y sin reposabrazo.
5. Implementar el programa de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.
6. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica coporral para la realización de su trabajo.
7. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Sin patología que le impida realizar la labor asignada -

El (la) examinado(a) certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes, personales y familiares, que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta

Dr. Victor R. Ramirez M.
MEDICO - ESP SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1104 LIC S.O. 3941

VICTOR RAUL RAMÍREZ MORALES

CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO 91273975

Unisalud ips
SALUD OCUPACIONAL LTDA

Carrera 33 No. 52 - 36 Tel. 6573837 Cel. 313-4220913 Bucaramanga - Colombia

EXAMEN VISUAL

OPTOMETRIA (X)
VISIOMETRIA ( )

FT-PM-AI-12
VERSIÓN 1
F.A: 19/11/2013

Fecha: 21/10/2020 **EXAM INGRESO** X **EGRESO** ____ **PERIODICO** ____ **No H.C.:** 91273975

Nombre: CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO **Edad:** 50 años **Género:** M X F ( )

Empresa PARTICULAR **Cargo:** INSTRUCTOR.

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

TIPO DE RIESGO	Si	No	Tiempo de Exposición Diaria (Horas)	Uso de Protección Visual Si	Uso de Protección Visual No	TIPO DE PROTECCION VISUAL
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)		X				
Radiación Ultra Violeta Infrarroja (soldadura, Hornos)		X				
Mecánico (Proyección particular)		X				
Iluminación Inadecuada Excesiva ( ) Deficiente ( ) Reflejos ( )		X				
Uso de Video Terminales / propios individuo (ESTADO DE REFRACCIÓN)		X				

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

GENERALES	Si	No	OCULARES	OJO DERECHO Si	OJO DERECHO No	OJO IZQUIERDO Si	OJO IZQUIERDO No
Diabetes		X	Cirugía Ocular		X		X
Hipoglicemia		X	Glaucoma		X		X
Hipertensión Arterial		X	Queratocono		X		X
Trauma Craneoencefálico		X	Desprendimiento Retina		X		X
Toxoplasmosis		X	Catarata		X		X
OTROS () CUALES		X	Retinoplastia		X		X
			Estrabismo		X		X

Último Examen MENOR A 1 AÑO

Problemas Refractivos Si (X) No ( )

Usa RX.	No Usa	Perdió	LCB	LCGP	Monofocal	B. F lat. top.	Invisible	Progresivo
X								

SINTOMAS Y SIGNOS	Si	No		Si	No		Si	No
Cansancio Ocular		X	Visión Doble		X	Visión Borrosa de lejos	X	
Ardor Ocular		X	Prurito Ocular		X	Visión Borrosa de cerca	X	
Lagrimeo		X	Fotofobia		X	Secreciones		X
Irritación		X	Miodesopsias		X	Salto renglones		X
Cefalea		X	Dolor Ocular		X			

OBSERVACIONES

ANTECEDENTE DE ASTIGMATISMO MIOPICO Y PRESBICIE. USA RX OPTICA PERMANENTE

A. AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECCIÓN			CON CORRECCIÓN	
	Visión Lejana	PH	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/200	20/20	1.M	20/20	
Ojo Izquierdo	20/200-	20/20	1.M	20/20	

B. EXAMEN EXTERNO

	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	SI	NO	SI	NO
Blefaritis		X		X
Edema palpebral		X		X
Ptosis palpebral		X		X
Orzuelo		X		X
Secreción Ocular		X		X
Hiperemia conjuntival	X		X	
Inyección conjuntival		X		X
Pinguecula		X		X
Pterigio		X		X

C. ESTADO MAYOR

Cover Test Visión Lejana	
Cover Test Próxima a 40 Cms.	
Punto Próximo de Convergencia	

	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Visión Cromática	X		X	
Campo Visual	X		X	
Oftalmoscopia	X		X	

D. RETINOSCOPIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	AGUDEZA VISUAL
OJO DERECHO	-2.25	-1.25	40	20/20
OJO IZQUIERDO	-4.00	-0.50	170	20/20

E. SUBJETIVO

	ESFERA	CILINDRO	EJE	AGUDEZA VISUAL
OJO DERECHO				
OJO IZQUIERDO				
ADICIÓN	+2.25			0.5M

Apto Conducción ☐ NA Conducción ☐ Apto Alturas ☐ NA Alturas ☐

CONDICIONES

ASTIGMATISMO MIOPICO BILATERAL Y PRESBICIE. LENTE PROGRESIVO USO PERMANENTE.

DIAGNOSTICO	O.D.	O.I.	DIAGNOSTICO	O.D.	O.I.	DIAGNOSTICO	O.D.	O.I.
EMETROPIA			HIPERMETROPIA			MIOPIA	X	X
ASTIGMATISMO	X	X	PRESBICIA	X	X	ESTRABISMO		
INS. DE CONV.			AMBLIOPIA					

CONDUCTA A SEGUIR

CAMBIAR RX	BIFOCAL	PROGRESIVO	MONOFOCAL	USO PERMANENTE	VI. PROLONGADA	NO REQUIERE
		XXXX		XXXX		
REMISIÓN A EPS	**PTERIGIÓN**	**DILATACIÓN**	**ESTUDIO FONDO DE OJO**	**FX FINAL**	**OPTOMETRÍA**	**OFTALMOLOGÍA**
FILTRO						

Optómetra

Firma: Mayerly Arias Pedroza 2025

Registro: No. 11627

Aspirante o Trabajador

Firma:

C.C. 91273975

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Recibí información completa, detallada, me fueron resueltas sobre las actividades y procedimientos necesarios para la rehabilitación de mi salud visual los acepto y reconozco que son un medio donde la profesional aplicará toda su experiencia y conocimiento en mi beneficio.

AUDIOMETRÍA

Unisalud ips
SALUD OCUPACIONAL LTDA
Carrera 33 No. 52 - 36 Tel. 6573837 Cel. 313-4220913
Bucaramanga - Colombia

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN		TIPO DE EXÁMEN PARACLÍNICO (Marque con una X)				
21/10/2020	BUCARAMANGA	Ingreso	X	Egreso		Periódico
DD MM AAAA	Ciudad					

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR ASPIRANT

Razón Social	Centro de Trabajo - Sede
PARTICULAR	INSTRUCTOR

DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación: C.C. Cédula de ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
OLARTE	VALERO	CARLOS HERNANDO

Documento de identificación		Género (Marque con una X)				Fecha de nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Tipo	Número	Femenino		Masculino	X			
C.C	91273975					15/09/1970	50	SURA

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR
(Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

Fecha ingreso a la empresa	Cargo	Rotación		Sección	Antiguedad en el cargo actual		
DD MM AAAA		Si	NO		(No aplicar para ingreso)		
	INSTRUCTOR.		X	INSTRUCTOR	20	Años	

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO (No aplica para cargos y empresas sin exposición a ruido

EN LA EMPRESA ACTUAL									*EN OTRAS EMPRESAS*			
Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el cargo actual)	Tiempo (años)	(Marque con una X la(s) respuesta (s) correspondiente(s)) Uso de E.P.A.*							Nombre de la Empresa (Inicia con la última empresa donde laboró	Nombre del Cargo	Tiempo (años)	Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizado
		Tipo*				Tolerancia*						
		I	C	S	N	B	R	M				

E.P.A. Elemento de Protección Auditiva,Tipo de Elemento de Protección Auditiva, I: Inserción, C: Copa, S:Silicona, N:Ninguno, Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva; B:Buena, R:Regular, M:Mala.

ANTECEDENTES PERSONALES

OTOLÓGICOS	O.D.	O.I.		O.D.	O.I.
Otalgia			Otitis		
Otorrea			Ototóxicos		
Acúfeno			Prurito		
Tinnitus			Hipoacusia		
Sensación de plenitud aural			Trauma acústico		
Tapón de cerumen			Perforación timpanica		
Otros otológicos					

PATOLÓGICOS	SI	NO		SI	NO
Afección Renal		X	Parotiditis		X
TBC		X	Diabetes		X
Hipotiroidismo		X	Meningitis		X
Paludismo		X	Reumatismo		X
Hipertensión Arterial		X	Sarampión		X
Rubeola		X	Rinitis/Sinusitis		X
Alteraciones de tiroides		X			
Otros Patológicos					
Observaciones					

ANTECEDENTES PERSONALES

EXTRALABORALES	SI	NO		SI	NO
Música con Audifonos		X	Tiro al blanco/Poligono		X
Detonación/Explosión		X	Instrumentos musicales		X
Motociclismo		X	Practica buceo		X
Música a alto volumen		X	Prestó servicio militar		X
Discotecas / Bares		X	Manos Libres		X
Otros Extralaborales					
Observaciones					

QUIRÚRGICOS	SI	NO		SI	NO
Cirugia de Oido		X	Timpanoplastia		X
Cirugía de cabeza y/o cuello		X	Hereditarios		X
Congénito		X	Adquirido		X
Parentesco					
Observaciones					

Condiciones de toma de la prueba:

Realizó re test SI [ ] NO [X]

Uso cabina sonoamortiguadora SI [X] NO [ ]

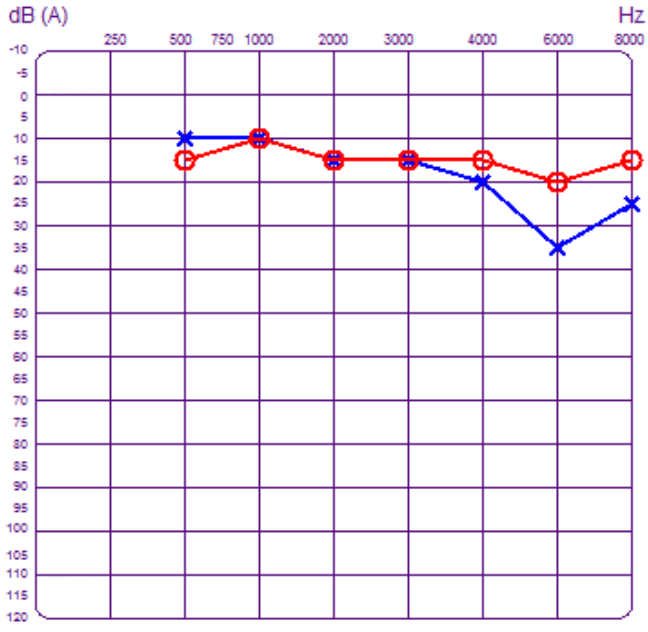
Descanso Auditivo 12 horas

Marca y referencia del audiómetro utilizado Maicol Ma 42

Fecha de última calibración 5/03/2020 (DD MM AAAA)

EVALUACIÓN **Audiometría Tamiz** [X] **Audiometría Clínica** [ ]

Audiograma (Registre gráficamente según concvenciones*)



Convenciones

	Oido Derecho (Rojo en la Gráfica)		Oido Izquierdo (Azul en la Gráfica)	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	○	△	X	□
Conducción ósea	<	[	>	]
Inaudible	↓		↓	

Sin E: Sin Enmascaramiento - Con E: Con Enmascaramiento

OTOSCOPIA

	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Pabellón Auricular	Normal	Normal
Conducto Auditivo	Normal	Normal
Membrana Timpánica	Normal	Normal

Observaciones

Frecuencia en Hz		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	O.D.		15	10	15	15	15	20	15
	O.I.		10	10	15	15	20	35	25
Vía Ósea	O.D.								
	O.I.								

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Oído Derecho: Audición Normal

Oído Izquierdo: Larsen Grado I

Severidad - CAOHC	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Normal (0-25dB)	X	
Leve (26-40dB)		X
Moderada (41-55dB)		
Moderada-Severa (56-70dB)		
Severa (71-85dB)		
Profunda (>85dB)		

P.T.A	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
500 - 1000 2000Hz		
500 - 1000 2000 - 3000Hz	13 dB	12 dB

RECOMENDACIONES

- Control Auditivo en un año [X]
- Control Auditivo en seis meses [ ]
- Uso Protección Auditiva [ ]
- Control por Otorrinolaringología [ ]

Extracción Tapón Cerumen [ ] Oído Derecho [ ] Oído Izquierdo [ ]

Audiometría Confirmatoria [ ]

Fecha programada de realización

DD MM AAAA

Observaciones :

Examenes Audiológicos Complementarios [ ]

Cuáles:

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

FUNCIONAL PARA EL DESEMPEÑO COMUNICATIVO
SENSIBILIDAD AUDITIVA UNILATERAL COMPROMETIDA PARA LAS FRECUENCIAS
OD NORMAL
OI 6000HZ,GRADO:LEVE

Dra. Alba Viviana Ramírez Pulido
Fonoaudióloga
T.P. 01875 - 2010 UMB
Alba V. Ramirez P.

Fonoaudiologa

Paciente

FECHA: 21/10/2020
NOMBRE: CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
CC: N°: 91273975
REMITIDO POR: PARTICULAR

RESULTADOS DE LABORATORIO

QUIMICA SANGUINEA

EXAMENES	RESULTADO		VR. REFERENCIA	
GLICEMIA BASAL	99	mg/dl	70 - 100	mg/dl
GLICEMIA POS		mg/dl		mg/dl
COLESTEROL TOTAL	239	mg/dl	Menor de 200	mg/dl
COLESTEROL HDL	39	mg/dl	35 - 60	mg/dl
COLESTEROL LDL	172	mg/dl	Menor de 100	mg/dl
COLESTEROL VLDL		mg/dl		mg/dl
TRIGLICERIDOS	140	mg/dl	Menor de 150	mg/dl
CREATININA		mg/dl		mg/dl
ÁCIDO ÚRICO		mg/dl		mg/dl
OTROS				

Laura M. Chaparro Caballero
Microbióloga y Bioanalista
C.C. 1098801477

Carrera 33 No. 52-36 - Tel. 6573837
Cel. 313 422 0913 - unisaludips.so@hotmail.com
Bucaramanga - Santander

FECHA: 21/10/2020
NOMBRE: CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
CC: N°: 91273975
REMITIDO POR: PARTICULAR

RESULTADOS DE LABORATORIO

CUADRO HEMÁTICO

Hematocrito	46	%	Monocitos	6	%
Hemoglobina	15	g/ dl	Eosinofilos	5	%
Leucocitos	5500	mm^3	Basofilos	1	%
Neutrofilos	59	%	Plaquetas	210.000	mm^3
Linfocitos	29	%			

Otros

Laura M. Chaparro Caballero
Microbióloga y Bioanalista
C.C. 1098801477

Carrera 33 No. 52-36 - Tel. 6573837
Cel. 313 422 0913 - unisaludips.so@hotmail.com
Bucaramanga - Santander

FECHA: 21/10/2020
NOMBRE: CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO
CC: N°: 91273975
REMITIDO POR: PARTICULAR

RESULTADOS DE LABORATORIO

UROANALISIS

Examen físico

Color	Amarillo	Aspecto	Lig / turbio

Examen microscópico

Celulas	0 - 2 x cm XC	Bacterias	Escasas
Leucocitos	0 - 2 x cm XC		

Examen quimico

Ph	8.5	Proteinas	-
Glucosa	-	Cetonas	-
Leucocitos	-	Urobilinogeno	NORMAL
Densidad	1.010	Bilirrunina	-
Nitritos	-	Sangre	-

Otros HEMATÍES: OCASIONALES

Laura M. Chaparro Caballero
Microbióloga y Bioanalista UIS
C.C. 1098801477

Carrera 33 No. 52-36 - Tel. 6573837
Cel. 313 422 0913 - unisaludips.so@hotmail.com
Bucaramanga - Santander

Talento Humano Integral®
315 3554923
coordinacion.ejecutiva@thi.com.co

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FECHA DE EVALUACIÓN	21/10/2020
NOMBRE DEL ASPIRANTE	Carlos Olarte Valero
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	91273975
EDAD	50 años
GENERO	Masculino
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Profesional
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	Ingeniero de mercados
CANDIDATO(A) AL CARGO	Ingeniero de mercados
EMPRESA	Unisalud IPS
HERRAMIENTAS APLICADAS	WARTEGG

RESULTADOS

I. PROCEDIMIENTO

Prueba Psicométrica Wartegg

II. APTITUDES

De acuerdo a la prueba se evidencia a una persona con metas establecidas y deseo de crecimiento. Prefiereasumir de manera personal sus ansiedades y angustias. Su conducta es adecuada, práctica, en ocasiones presenta toma decisiones a partir de un análisis exhaustivo de la situación. Se evidencia una persona que acata normas, que actúa de manera diligente y estructurada frente a ellas.

III. RASGOS DE PERSONALIDAD

En el evaluado se identificacompetencias sociales. Con características de valoración de la afectividad y la calidad del contacto dentro de las relaciones interpersonales. Suele responder de manera activa en os diferentes ámbitos vitales. Presenta adecuado raciocinio en la solución de problemas Es una persona práctica, sin embargo, muestra indicadores de inmadurez sexual.

IV. CONCLUSIONES DE LAS APTITUDES Y RASGOS DE PERSONALIDAD PARA EL CARGO

En general, según los resultados de la prueba se observa que el evaluado presenta características de personalidad como: sociable, práctica, pragmático, individual e introspectivo.

V. SUGERENCIA

Fortalecer la toma de decisiones y la seguridad en el relacionamiento interpersonal, lo cual ha adaptado a las condiciones sociales que percibe.

LINA LUNA
PSICÓLOGO
T.P 104705

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO ---3941 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL (E)

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **VICTOR RAUL RAMIREZ MORALES** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 72162294 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 6747 de 11 de Junio de 2008 de la Secretaria de Salud de SANTANDER y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **VICTOR RAUL RAMIREZ MORALES.** - MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 72162294 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

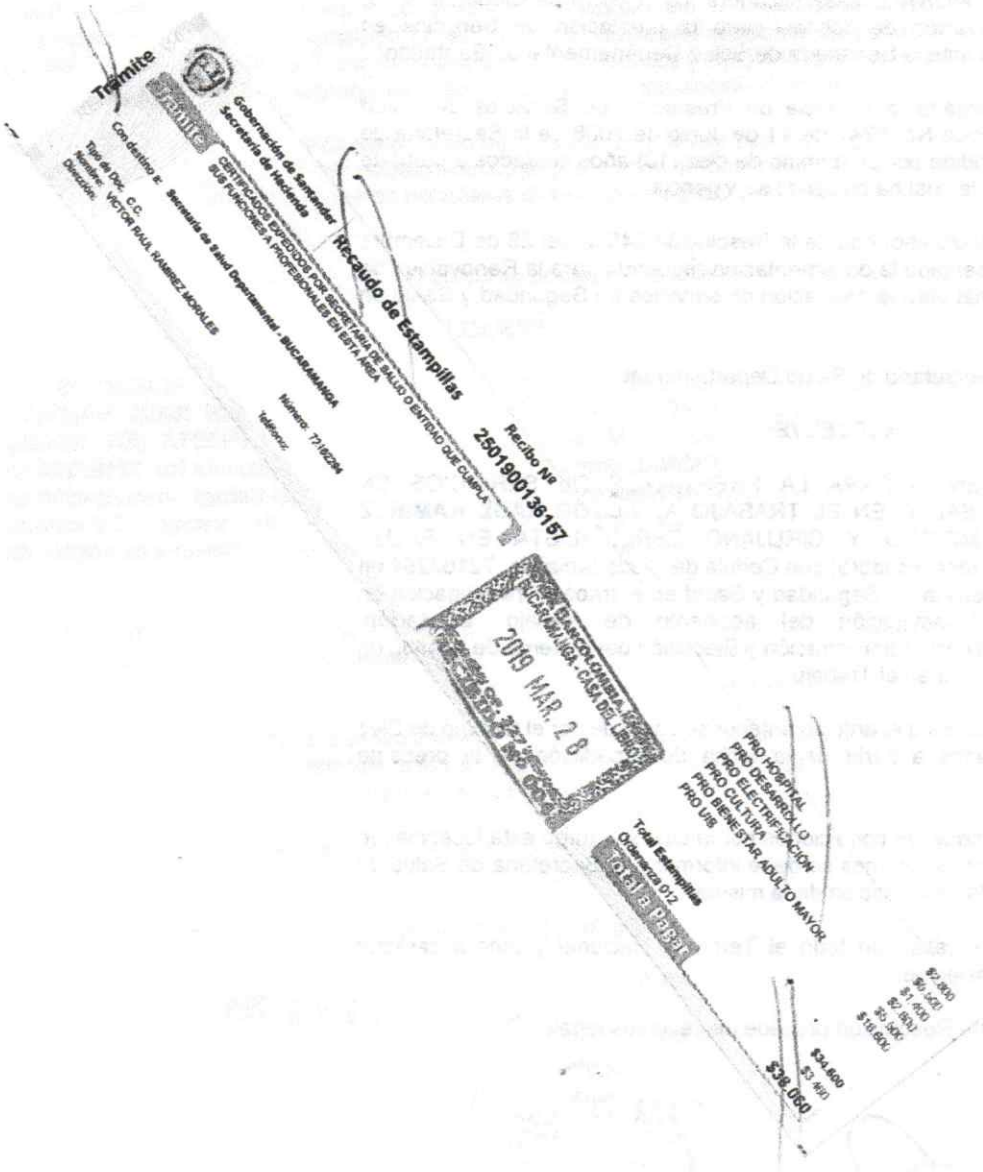
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 28 MAR 2019

ALVARO HERNANDO CLAVIJO HERNANDEZ
Secretario de Salud Departamental (E)

NOTIFICACION

En la ciudad de Salud Ocupacional de la Secretaría
Con el No. Victor Raul Ramirez Morales
Con cédula de ciudadanía número 72 162 294
Expedida en 14 Dic. 1987. Bucaramanga
Fecha: 5 Junio 2019 Notificador:
Notificado: Teofilo Rincon
Entrega de Poder: Personal [X] Autorizado [ ]



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91273975 realizó el día 24/10/2022 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 CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91273975 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 CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91273975, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/10/2022 y fecha fin de contrato 17/12/2022 con riesgo 2.

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): 202201020398321.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Octubre 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 25/10/2022 5:40:14 a. m.
ISCDC: 25/10/2022 5:40:14 a. m.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SAN GIL, **03/10/2022**
SANTANDER,
COLOMBIA,
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS HERNANDO OLARTE VALERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **91273975**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**046090398200**
Fecha de apertura	**18/05/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101010908	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
04	10	2022	04	10	2022	00:00	21	04	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	OLARTE VALERO CARLOS HERNANDO	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :91,273,975
DIRECCIÓN:	CALLE 50 22 87 APTO 602 LA CONCORDIA	CIUDAD: BUCARAMANGA - SANTANDER	TELÉFONO: 3105600664

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 22 NRO 9-82	CIUDAD: SAN GIL - SANTANDER	TELÉFONO: 7248113
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. CESION CO1.PCCNTR.3272899 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALESDE CARÁCTER TEMPORALCOMO INSTRUCTOR,PARA ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACION EN LA RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS EN EL AREA TEMATICA VENTAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/10/2022	21/04/2023	$ 1,026,025.00

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	$ 1,026,025.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	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 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101010908
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

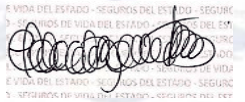
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101010908, 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 BUCARAMANGA, a los 4 días del mes de Octubre de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 96461010109080

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	OLARTE VALERO CARLOS HERNANDO — C.C. C.C. :91,273,975
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101010908

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101010908 - 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: ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 96461010109080

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	OLARTE VALERO CARLOS HERNANDO — C.C. C.C. :91,273,975
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101010908

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101010908 - 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: ANGELA MARIA SEGUROS LTDA - 215216	**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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101010908

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO