SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Enero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**86613-956570**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIEGO MAURICIO DUARTE REY	**C.C.**	91.509.569	**IP/Nº de contacto**	5829990
Correo electrónico contratista:	duarte.diego55@gmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24087046713

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4430669/2023 **Nº Compromiso SIIF** **24023**

Valor Total del Contrato	$ 29.766.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.766.667	**1**	**Del**	**23/01/2023**	**Al**	**31/01/2023**	**$ 1.013.334,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.753.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS RADICADO08-9-2023-001215...PZO30-09-2023

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.013.334		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	**$ 1.013.334**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 507.476**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7867891139**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 253.333	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 169.159	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	507.476,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	682.734,00	
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	6.827,00	1,000%
-	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	**$1.006.507,00**	

SON: UN MILLÓN SEIS MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación GESTIÓN DE MERCADOS

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.

DIEGO MAURICIO DUARTE REY
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,

LINDA EVELIN PICHON RONCALLO
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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91509569
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO MAURICIO DUARTE REY
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRRERA 52 NO. 70-36 APTO 203	TELÉFONO:	5834615
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7867891139**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1882420557

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600
SUBTOTAL:			1	**$ 185.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 145.000
SUBTOTAL:			1	**$ 145.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 330.600**

Planilla Pagada SOI

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14753626780

(415)7707212489984(8020) 000001475362678 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 5 0 9 5 6 9	6	Impuestos de Cúcuta 7	

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 5 0 9 5 6 9	2 0 0 0 0 6 2 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
DUARTE	REY	DIEGO	MAURICIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal
AV 8 1146 BRR PRADOS DEL ESTE

42. Correo electrónico duarte.diego55@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 7 0 1 2 3	8 5 4 3	2 0 1 7 0 1 2 3	8 5 4 4			2 3 1 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
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 2021 - 04 - 22 / 07 : 46: 18

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 DUARTE REY DIEGO MAURICIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL
EXAMEN DE INGRESO

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE



EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	22/04/2021
NOMBRE	DIEGO MAURICIO DUARTE REY				
CEDULA	91509569	**DE**	BUCARAMANGA	**GENERO**	M
EDAD	39	**F. NACIMIENTO**	10/04/1982	**LUGAR**	BUCARAMANGA
DIRECCION	AV 8 # 11-46 CON RESIDENCIAL VENTUS TORRE 5 APTO 8				
TELEFONO	03	**CELULAR**	3193747398	**ESTADO CIVIL**	CASADO(A)
NIVEL EDUCATIVO	POSTGRADO	**CENTRO DE TRABAJO**	SENA		
AREA	OPERATIVA	**PROFESION**	PROFESIONAL DE MERCADEO Y NEG		
CARGO	INSTRUCTOR VIRTUAL	**EPS**	COLSANITAS		
AFP	PORVENIR	**ARL**	POSITIVA		

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIEMPO	EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RIESGOS F	Q	BM	B	S	P
3 MESES	EMPRESAS SANCHEZ POLO	JEFE DE NEGOCIOS	SI	NO	SI	NO	SI	SI
3 AÑOS	SENA	INSTRUCTOR DE AULA	SI	NO	SI	NO	SI	SI
4 AÑOS	FECS	DOCENTE	SI	NO	SI	NO	SI	SI

2.2. ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDAD LABORAL

EVENTO O ENFERMEDAD LABORAL	AT	EL	FECHA	TIPO	LESION Y PARTE DEL CUERPO
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A
NIEGA	NO	NO	N/A	N/A	N/A

SECUELAS NO

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO

3.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSION	NIEGA	**CANCER**	NIEGA	**T.B.C.**	NIEGA
CARDIOPATIAS	NIEGA	**ASMA**	NIEGA	**OSTEOMUSCULARES**	NIEGA
DIABETES	NIEGA	**VARICES**	NIEGA	**SINDROME CONVULSIVO**	NIEGA
ALERGIAS	NIEGA	**ARTRITIS**	NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NIEGA
ACV	NIEGA	**OTROS**	NIEGA		

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

CONGENITAS	NO	**CARDIOVASCULAR**	NO	**OSTEOMUSCULAR**	NO	**PSIQUIATRICOS**	NO
INMUNOPREVENIBLES	NO	**PULMONAR**	NO	**ALERGICO**	SI	**FARMACODEPENDENCIA**	NO
INFECCIOSA	NO	**GASTROINTESTINAL**	NO	**TOXICOS**	NO	**NO REFIERE**	NO
SISTEMICA	SI	**GENITOURINARIA**	SI	**FARMACOLOGICOS**	NO	**QUIRURGICO**	SI
OJOS	NO	**DEFORMIDADES**	NO	**TRAUMATICO**	NO	TIREIDECTOMIA	
AGUDEZA	NO	**NEUROLOGICO**	NO	**TRANSFUSIONES**	NO		
NASOFARINGEA	NO	**PIEL**	NO	**VENEREAS - SIDA**	NO		

OBSERVACIONES : litiasis renal ultimo episodio hace 7 años. q: tireidectomia, levotiroxina-100 mcg .niega mareos, convulsion, epilepsia, trastornos mentales, trastornos del sueño y perdida de conocimiento. alergico a la piña.

3.3. ANTECEDENTES TRAUMATICOS

LESION O TRAUMA	SI/NO	AÑO	PARTE DEL CUERPO	SECUELAS
FRACTURAS	NO	N/A	N/A	N/A
LUXACIONES	NO	N/A	N/A	N/A
ESGUINCES	NO	N/A	N/A	N/A
C. SENTADO	NO	N/A	N/A	N/A
C. CON TORCION	NO	N/A	N/A	N/A
OTROS	NO	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES : NIEGA

3.5 HABITOS

FUMA NO		**FUMABA** NO	
ALCOHOL SI	**REGULARIDAD** OCASIONAL		
CAFE SI	**REGULARIDAD** 1/DIA		
DEPORTE SI	**REGULARIDAD** CAMINATA 3/SEM		
OFICIOS EXTRAS NO			

3.6 INMUNIZACIONES - VACUNAS

HEPATITIS B	SI	**FIEBRE AMARILLA**	SI	**TETANO**	SI	**INFLUENZA**	NO	**VARICELA** NO	**OTRAS** NO

REVISION POR SISTEMAS : ACTUALMENTE ASINTOMATICO. NO TIENE NINGUN PROCEDIMIENTO MEDICO, QUIRURGICO O DIAGNOSTICO PENDIENTE.

4. REVISION

PESO 119	**TALLA** 173	**I.M.C.** 39.7	**PULSO X MIN** 84				
RESPIRACIÓN X MIN 16	**TENSIÓN ARTERIAL**	150/100	**HEMISFERIO**	DIESTRO			

4.1. EXAMEN FISICO

1.ESTADO NUTRICIONAL	Anormal	**20.DIENTES**	Normal
2.PIEL	Normal	**21.VARICES**	Normal
3.FANERAS	Normal	**22.FARINGE**	Normal
4.PALPACIÓN CRANEO	Normal	**23.AMIGDALAS**	Normal
5.FONDO DE OJO	Normal	**24.INSPECCIÓN CUELLO**	Normal
6.GENITALES EXTERNOS	Normal	**25.INSP. TORAX SENOS**	Normal
7.PARPADOS	Normal	**26.AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA**	Normal
8.CONJUNTIVAS	Normal	**27.AUSCULTACIÓN CARDIACA**	Normal
9.AGUDEZA VISUAL	Anormal	**28.INSPECCIÓN DE ABDOMEN**	Normal
10.PUPILAS	Normal	**29.INSP. MIEMBROS SUPERIORES**	Normal
11.REFLEJO FOTOMOTOR	Normal	**30.INSP. MIEMBROS INFERIORES**	Normal
12.INSPECCIÓN EXT. OIDOS	Normal	**31.INSP. COLUMNA VERTEBRAL**	Normal
13.OTOSCOPIA	Normal	**32.PALPACIÓN COLUMNA**	Normal
14.INSPECCIÓN EXT. NARIZ	Normal	**33.PULSO RADIAL Y PEDIO**	Normal
15.RINOSCOPIA	Normal	**34.REFLEJOS TENDINOSOS**	Normal
16.LABIOS	Normal	**35.ARTICULACIONES**	Normal
17.MUCOSA BUCAL	Normal	**36.NEUROLÓGICO**	Normal
18.ENCIAS	Normal	**37.ESFERA MENTAL**	Normal
19.PALADAR	Normal	**ALINEACION COLUMNA VERTEBRAL**	NORMAL

ANORMALES

1. OBESIDAD MORBIDA. 9. MIOPIA CORREGIDA CON LENTES

5. EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO

AUDIOMETRIA DESCENSO GRADO II BILATERAL 3000HZ A 6000HZ		
OPTOMETRIA ASTIGMATISMO		
VISIOMETRIA		
ESPIROMETRIA		
RX TORAX		
RX COLUMNA		
HEMOCLASIFICACION	**GLICEMIA** 73.96	**SEROLOGIA**
COLESTEROL 225.90	**COLESTEROL LDL** 142.08	**COLESTEROL HDL** 39.60
TRIGLICERIDOS 221.10	**CUADRO HEMATICO**	
OTROS		

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: 1. OBESIDAD MORBIDA. 2. MIOPIA CORREGIDA CON LENTES .3. HIPERTENSION ARTERIAL ?

OBSERVACIONES: PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. NI CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS PARA COVID 19. SE LE INDICA REALIZAR SEGUIMIENTO DE CIFRAS DE TENSION ARTERIAL PARA CONFIRMAR O DESCARTAR HIPERTENSION ARTERIAL E INICIAR TRATAMIENTO SI ES PÉRTINENTE

RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL. 2. PAUSAS ACTIVAS. 3. OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL. 4. CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, RIESGO BIOMECANICO, PUBLICO Y PSICOLABORAL .5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DISMINUIR IMC.6.MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACION .7. USO DE EPP Y NORMAS DE SEGURIDAD PARA CONTINGENCIA DE PANDEMIA ACTUAL

PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. NI CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS PARA COVID 19

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

Ingresa al programa de gestión prevención del peligro Biomecánico, prevención y conservación Auditíva, prevención del riesgo cardiovascular - estilos de vida y trabajo saludable, prevención y conservación Visual, prevención del peligro Psicosocial, promoción nutrición saludable - esti

Hago constar y certifico que los datos que suministre al medico son reales y asumo la responsabilidad en caso contrario

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

DIEGO MAURICIO DUARTE REY
C.C. 91509569

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO LABORAL
EXAMEN DE INGRESO

LICENCIA S.S.T. 3700 DE 23/10/2013

FECHA 22/04/2021



EMPRESA SENA INSTRUCTOR

NOMBRE DIEGO MAURICIO DUARTE REY

CEDULA 91509569 **DE** BUCARAMANGA

EDAD 39 **GENERO** M **CARGO** INSTRUCTOR VIRTUAL

PROFESION PROFESIONAL DE MERCADEO Y NEG

EXAMENES PARACLINICOS Y DE LABORATORIO REALIZADOS :

AUDIOMETRIA	SI	**COLESTEROL**	SI	**HEMOCLASIFICACION**	NO	**RX TORAX**	NO
OPTOMETRIA	SI	**COLESTEROL HDL**	SI	**CUADRO HEMATICO**	NO	**RX COLUMNA**	NO
ESPIROMETRIA	NO	**COLESTEROL LDL**	SI	**GLICEMIA**	SI		
VISIOMETRIA	NO	**TRIGLICERIDOS**	SI	**SEROLOGIA**	NO		

OTROS :

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : 1. HIGIENE POSTURAL. 2. PAUSAS ACTIVAS. 3. OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA ANUAL. 4. CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, RIESGO BIOMECANICO, PUBLICO Y PSICOLABORAL .5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DISMINUIR IMC.6.MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACION .7. USO DE EPP Y NORMAS DE SEGURIDAD PARA CONTINGENCIA DE PANDEMIA ACTUAL

PACIENTE SIN SINTOMAS NI SIGNOS RESPIRATORIOS. NI CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS PARA COVID 19

Ingresa al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N/A

Ingresa al programa de gestión prevención del peligro Biomecánico, prevención y conservación Auditíva, prevención del riesgo cardiovascular - estilos de vida y trabajo saludable, prevención y conservación Visual, prevención del peligro Psicosocial, promoción nutrición saludable - esti

CONSTANCIA

Dejamos constancia que el trabajador firmó a satisfaccion el consentimiento informado para la realización de la evaluación médica y de todos los exámenes y pruebas complementarias. Adicionalmente certifico que se remitirán todos los documentos que conforman la Historia Medica del trabajor relacionado en esta certificación a la EPS asignada por él.

B. Barrios B

BELINDA BARRIOS BARRIOS
REGISTRO MEDICO 994
LICENCIA S.O. 1950

DIEGO MAURICIO DUARTE REY
C.C. 91509569

H. LLEGA 15:13:31 H. SALE 15:23:51

Calle 6 # 7E-26 Quinta Oriental. Teléfonos 5751474 - 5751709. Celular 3142968278 - 3153738562. www.prinsoips.com

PRINSO I.P.S.
PROFESIONALES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL

OPTOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA	SENA INSTRUCTOR			**FECHA**	2021/04/22
NOMBRE	DIEGO MAURICIO DUARTE REY				
CEDULA	91509569	**DE**	BUCARAMANGA	**GENERO**	M
EDAD	39	**F. NACIMIENTO**	1982/04/10	**LUGAR**	BUCARAMANGA
DIRECCION	AV 10 N°26-26 CUBEROS NIÑO				
TELEFONO		**CELULAR**	3193747398	**CARGO**	INSTRUCTOR



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FR	PV	TIEMPO	PROM. H.E.	TOTAL H.E.	EFEC. EXP.
NO REPORTA	N/A	NO	NO	N/A	0	0	0
NO REPORTA	N/A	NO	NO	N/A	0	0	0

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HIPERTENSION NO	**DIABETES** NO	**MIGRAÑA** NO	**RINITIS** NO	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** SI
DETALLE CX TIROIDES					
MIOPIA SI	**HIPERMETROPIA** NO	**ASTIGMATISMO** SI	**PRESBICIA** NO	**OTROS** NO	**QUIRURGICOS** NO
DETALLE NO REPORTA					
MOLESTIAS VISUALES NINGUNO					
ANT. FAMILIARES NO REPORTA					

4. AGUDEZA VISUAL

		V. LEJANA	V. CERCANA			V. LEJANA	V. CERCANA	RX EN USO
SC	O.D.	20/50	0.5 m	CC	O.D.	20/20	0.5 m	-1.00-1.00X0
	O.I.	20/80	0.5 m		O.I.	20/20	0.5 m	-1.50-1.00X30

5. INSPECCION OCULAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
PINGUECULA Y/O PTERIGIO	NO}	NO	NA
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	X	X	LEVE
SECRECION	NO	NO	NA
OTROS NA			

MOTILIDAD	**VL** ORHTO		**VP** X		**PPC** 9 CM		
OFTALMOSCOPIA	**OD:** MEDIOS TRANSPARENTES			**OI:** MEDIOS TRANSPARENTES			
RETINOSCOPIA	**OD:** -1.00-1.00X0	**AV** 20/20		**OI:** -1.75-1.00X30	**AV** 20/20		
RX FINAL	**OD:** -1.00-1.00X0	**AV** 20/20		**OI:** -1.75-1.00X30	**AV** 20/20		

6. OTROS ASPECTOS POR VALORAR

VALORACION	O.D.	O.I.	OBSERVACIONES
ESTEREO TEST	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
VISION DEL COLOR ISHIHARA	NORMAL	NORMAL	NINGUNA
CAMPIMETRIA DE CONFRONTACION	NORMAL	NORMAL	NINGUNA

DIAGNOSTICO ASTIGMATISMO

CONDUCTA - CAMBIO RX

OBSERVACIONES USO PERMANENTE

YUDY CARDENAS
REGISTRO 304
LICENCIA S.O. 001949

DIEGO MAURICIO DUARTE REY
C.C. 91509569

AUDIOMETRIA
EXAMEN DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL

EMPRESA SENA INSTRUCTOR		**FECHA** 2021/04/22	
NOMBRE DIEGO MAURICIO DUARTE REY			
CEDULA 91509569	**DE** BUCARAMANGA	**GENERO** M	
EDAD 39	**F. NACIMIENTO** 1982/04/10	**LUGAR** BUCARAMANGA	
DIRECCION AV 10 N°26-26 CUBEROS NIÑO			
TELEFONO	**CELULAR** 3193747398	**CARGO** INSTRUCTOR	



2. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	EPP	TIPO
VARIAS	DOCENTE	6 AÑOS	NO	
VARIAS	ASESOR	20 AÑOS	NO	

3. EXPOSICION AL RUIDO

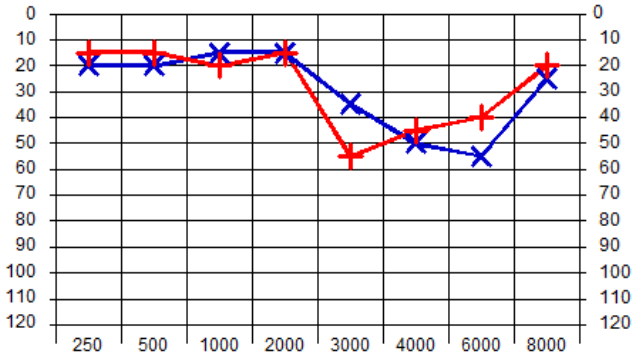
Exp. Ruido	SI	Tiempo jornada	1	Tiempo	1	años	EPP	NO	Espuma	NO	Plastico	NO	Silicona	NO	Orejera	NO
Exp. Extralaboral Ruido	SI	Tejo	NO	Audífono	SI	Moto	NO	Discoteca	NO	Buceo	NO	Poligono	NO	Otras	EJERCITO NACIONAL	

4. ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares	NO	Cuales	NINGUNO											
HTA	NO	Diabetes	NO	Otitis	NO	Meningitis	NO	Cirugia	NO	Exposición	NO	Trauma	NO	TCE	NO	Ototoxicos	NO
Otros	NO	Cuales	NINGUNO											
Tinnitus	NO	Sordera	NO	Reclutamiento	NO	Vertigo	NO	Cefalea	NO	Otalgia	NO	Otorrea	NO	Oido Tapado	NO		
Otros	NO	Sintomas	NINGUNO											

5. ASPECTOS GENERALES

Audiometro marca	MAICOL MA41	Fecha calibración	2020/10/05
Larsen:	O.D. GRADO II	O.I. GRADO II	
Otoscopia			
O.D.	NORMAL		
O.I.	NORMAL		



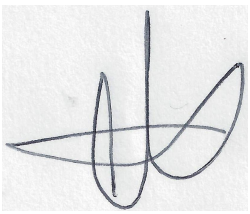
6. AUDIOGRAMA

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O.D.	15	15	20	15	55	45	40	20
O.I.	20	20	15	15	35	50	55	25

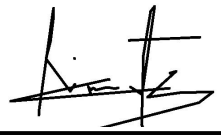
DIAGNOSTICO DESCENSO GRADO II BILATERAL 3000HZ A 6000HZ

OBSERVACION NINGUNA

CONDUCTA SIN RESTRICCION AUDITIVA - USO DE PROTECTOR AUDITIVO - CONTROL EN 12 MESES



MABEL XIOMARA MOGOLLON TOLOSA
REGISTRO 1568
LICENCIA S.O. 002601



DIEGO MAURICIO DUARTE REY
C.C. 91509569

LABORATORIO CLINICO E INMUNOLOGICO

EMPRESA 2 SENA **FECHA** 2021/04/23

NOMBRE DIEGO MAURICIO DUARTE REY

CEDULA 91509569 **DE** BUCARAMANGA **GENERO** M

EDAD 39 **F. NACIMIENTO** 1982/04/10 **LUGAR** BUCARAMANGA

DIRECCION AV 10 N°26-26 CUBEROS NIÑO

TELEFONO **CELULAR** 3193747398 **CARGO** INSTRUCTOR

PESO 111 **TALLA** 173 **I.M.C.** 37.0



EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA CLINICA			
GLICEMIA BASAL	73.96	mg/dL	70 - 110 mg/dL
COLESTEROL TOTAL	225.90	mg/dL	HASTA 200 mg/dL
COLESTEROL HDL	39.60	mg/dL	MAYOR 35 mg/dL
COLESTEROL LDL	142.08	mg/dL	MENOR 150 mg/dL
TRIGLICERIDO	221.10	mg/dL	HASTA 150 mg/dL

LUZ ADRIANA CASTANEDA
REGISTRO 171

DIEGO MAURICIO DUARTE REY
C.C. 91509569

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 realizó el día 28/01/2023 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 DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 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) DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 el día 28/01/2023 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 realizó el día 28/01/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 realizó el día 28/01/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91509569 realizó el día 28/01/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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 DIEGO MAURICIO DUARTE REY, con Cédula Ciudadanía No. 91509569 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 27/01/2023 y fecha fin de contrato 30/09/2023 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202301011545704.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 28 días del mes de enero de 2023

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 28/01/2023 03:28:24 p. m.
ISCDC: 28/01/2023 03:28:24 p. m.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIEGO MAURICIO DUARTE REY Identificado con CC 91509569

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina UNICENTRO CUCUTA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24087046713
Fecha de apertura:	11 de Agosto de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 08 de Enero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Diego Mauricio Duarte Rey** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **91509569**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91509569
NOMBRES Y APELLIDOS	Diego Mauricio Duarte Rey
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	10/04/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	25 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	25 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2021
NIVEL SISBEN	No aplica

*EMPLEADOR(ES)**

CEDULA DE CIUDADANIA 91509569 DIEGO MAURICIO DUARTE REY Desde 01/12/2022 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 91509569 Trabajador Independiente Desde 01/02/2022 Hasta 30/11/2022
N.I.T. 800116217 UNIMINUTO Desde 21/10/2021 Hasta 31/12/2021

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Generado por bcmartine

10/01/2023

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO MAURICIO DUARTE REY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.509.569**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101033212	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
18	01	2023	23	01	2023	00:00	30	01	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DUARTE REY DIEGO MAURICIO			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :91,509,569
DIRECCIÓN:	AV 8 1146 BRR PRADOS DEL ESTE	CIUDAD:	CUCUTA - NTE DE SANTANDER	TELÉFONO:	3193747398

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA 43 42-20	CIUDAD:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	TELÉFONO:	6053851285
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.4430669 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LAFORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULARTITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓNGESTIÓN DE MERCADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/01/2023	30/01/2024	$ 2,976,666.70

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	$ 2,976,666.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101033212
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

32699895

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. 85-46-101033212, 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 BARRANQUILLA, a los 18 días del mes de Enero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 85461010332120

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	DUARTE REY DIEGO MAURICIO — C.C. C.C. :91,509,569
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033212

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033212 - 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:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	**OTROS:**	$ 0.00
		TOTAL:	$ 33,320.00
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010332120

FECHA
CONTADO
RECIBIMOS DE: DUARTE REY DIEGO MAURICIO — C.C. C.C. :91,509,569
LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101033212

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101033212 - 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:	ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	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.85-46-101033212

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