SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **912410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **04398-164931** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | **C.C.** | 1.116.264.721 | **IP/Nº de contacto** | 3207207196 |
| **Correo electrónico contratista:** | jssalazar@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** NEQUI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 87041307378

**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:** 4558724/2023 **Nº Compromiso SIIF** **10323**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 15.333.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 15.333.333 | **1** | **Del** | **06/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 3.333.333,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 12.000.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.333.333 | | 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** | **$ 3.333.333** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.209.675** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Se anexa certific** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.333.333 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 166.700 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 213.400 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.000 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 833.333 | $ - | |
| 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 | $ 736.558 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.209.675,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.953.233,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 10.000,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 16.667,00 | 0,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.306.666,00** | |

**SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver informe febrero. Ver SOFIAPLUS
Se anexa certificado EPS.

**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.

**JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA**
**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,

**OLGA BEATRIZ LADINO SOTO**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**

**MAURICIO GOMEZ FAJARDO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

CE-006 - 0000000100 – 2023

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1116264721 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Salazar Mejia,Juan Sebastian |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/07/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | No Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Salazar Mejia,Juan Sebastian, a los 16 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.264.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14750237373

(415)7707212489984(8020) 000001475023737 3

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 6 2 6 4 7 2 1 | 2 0 1 2 1 0 0 4 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SALAZAR | MEJIA | JUAN | SEBASTIAN |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 36 27 62 BRR SALESIANO

42. Correo electrónico juan.sebastian9494@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 7 2 0 7 1 9 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2021 - 03 - 30 / 11 : 39: 08

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 FRANCO ARCILA LEIDY MARCELA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | SALAZAR MEJIA JUAN SEBASTIAN | | |
| **EDAD** | 28 Años | **SEXO** | Masculino |
| **HISTORIA:** | 1116264721 | **FECHA INGRESO:** | 27/01/2023 11:20 |
| **ORDEN:** | 20230127037 | **FECHA IMPRESIÓN:** | 27/01/2023 12:09 |
| **FECHA NACIMIENTO:** | 30/09/1994 | | |

## HEMATOLOGIA

### CUADRO HEMATICO TIPO IV

| Prueba | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 6.9 | X10³/ul | 4.5 - 11.0 |
| LINFOCITOS EN NUMERO | 2.60 | X10*3/ul | 1.20 - 3.50 |
| CELULAS MIXTAS EN NUMERO | 0.26 | X10*3/ul | 0.10 - 1.00 |
| NEUTROFILOS EN NUMERO | 4.00 | X10*3/ul | 1.80 - 7.70 |
| LINFOCITOS % | 37.90 | % | 20.00 - 45.00 |
| CELULAS MIXTAS% | 3.73 | % | 3.00 - 10.00 |
| NEUTROFILOS % | 58.37 | % | 45.00 - 65.00 |
| RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS | 5.42 | X10*6/ul | 4.20 - 6.20 |
| HEMOGLOBINA | 16.4 | gr/dl | 13.8 - 17.2 |
| HEMATOCRITO | 48.2 | % | 40.0 - 52.0 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV) | 88.9 | fL | 80.0 - 99.0 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 30.3 | pg | 26.5 - 33.5 |
| CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) | 34.0 | gr/dl | 32.0 - 36.0 |
| RDW-SD | 42.2 | fL | 37.0 - 54.0 |
| RDW-CV | 13.3 | % | 10.0 - 15.0 |
| PLAQUETAS | 218 | X10³/ul | 150 - 400 |
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO | 9.4 | fL | 6.5 - 11.0 |
| PDW | 13.2 | | |
| PLAQUETOCRITO | 0.210 | % | |
| PLCR | 33 | % | |

**Bacteriologa sección:**

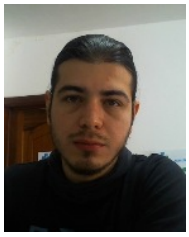
Dra. Silvia Nancy Mazuera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP 763451

# OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Examen** | 2023-01-26 09:50:03 | **Orden Servicio No.** | **804609** |
| **Tipo de Examen** | Pre-Ingreso | | |
| **Énfasis en** | Cardiovascular, Osteomuscular | | |
| **Ciudad** | TULUÁ (Valle del Cauca) | | |
| **Empresa Convenio** | Persona Natural | | |
| **Empresa Usuaria** | SENA | | |

## II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | | | **No. Identificación** | CC 1116264721 |
| **Sexo** | Masculino | **Grupo Étnico** | Otro | | |
| **Nacionalidad** | Colombia | **Fecha Nacimiento** | 1994-09-30 | **Edad** | 28 años |
| **Estado Civil** | Soltero | **Composición Familiar** | 1 personas | | |
| **Nivel Educativo** | Profesional | **Profesión u Oficio** | LIC IDIOMAS | | |
| **Ciudad** | TULUÁ (Valle del Cauca) | | | | |
| **Dirección Residencia** | MANZANA 17 14 80 L A VILLA | | | **Estrato** | 3 |
| **Zona de Residencia** | Urbana | **Localidad/Comuna** | | | |
| **Teléfonos** | 3207207196 | | | | |
| **Correo Electrónico** | | | | | |
| **Discapacidad** | Sin Discapacidad | **Tiene certificado de discapadidad?** | No Aplica | | |
| **EPS** | Sanitas | **ARL** | - No Recuerda - | **AFP** | - No Recuerda - |
| **Acompañante/Responsable** | No Registra | | | | |



## III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Cargo a desempeñar** | INSTRUCTOR | **Área de Trabajo** | SENA |
| **Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar** | Suministrados por el trabajador | | |
| **Exposición a Factores Riesgo Visual** | Si | **Uso de Elementos de Protección Visual** | No |
| Pantalla Computador, Calor, Radiaciones, Polvo | | | |

## IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

| Empresa | Cargo | Tiempo | Expuesto a Riesgo Visual | Uso Elementos Protección Visual |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## V. ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hipertensión Arterial** | Negativo. | **Diabetes** | Negativo. |
| **Triglicéridos** | Negativo. | **Tiroides** | Negativo. |
| **Artritis** | Negativo. | **Otros** | Negativo. |
| **Observaciones** | | | |

## VI. ANTECEDENTES PERSONALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Generales** | **HTA** | Negativo | **Diabetes** | Negativo | **Triglicéridos** | Negativo | | |
| | **Tiroides** | Negativo | **Artritis** | Negativo | **Otro** | Negativo | | |
| **Oculares** | **Glaucoma** | Negativo | **Pterigio** | Negativo | **Chalazion** | Negativo | | |
| | **Catarata** | Negativo | **Ciguría Refractiva** | Negativo | | | | |
| **Observaciones** | | | | | | | | |

## VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mala Visión Lejana** | No | **Mala Visión Próxima** | No | **Lagrimeo** | Si | **Cansancio Visual** | No |
| **Ardor** | Si | **Cefaléa** | No | **Prurito** | No | **Secreación** | No |
| **Hiperemia** | No | **Fotofobia** | No | **Desviación Ocular** | No | **Resequedad** | No |
| **Observaciones** | | | | | | | |

## VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Corrección Habitual** | **Fecha Último Control Visual** | Un año | | | **Usa lentes con fórmula** | No | |
| | **Tipo de Lentes** | | | | **Frecuencia de Uso** | | |
| | **Lensometría - Ojo Derecho** | | | | **Lensometría - Ojo Izquierdo** | | |
| **Agudeza Visual** | **Visión Lejana** | **Sin corrección** | **Ojo Derecho** | 20/20 | **Ojo Izquierdo** | 20/20 | |
| | | **Con corrección** | **Ojo Derecho** | | **Ojo Izquierdo** | | |
| | **Visión Próxima** | **Sin corrección** | **Ojo Derecho** | 050 M | **Ojo Izquierdo** | 050 M | |
| | | **Con corrección** | **Ojo Derecho** | | **Ojo Izquierdo** | | |
| **Estado Motor** | **Visión Lejana** | Ortoforia | | | | | |
| | **Visión Próxima** | Ortoforia | | | | | |
| | **Punto Próximo de Convergencia** | 6 centimetros | | | | | |
| **Examen Externo** | **Ojo Derecho** | ANEXOS NORMALES Y PRESENTES | | | | | |
| | **Ojo Izquierdo** | ANEXOS NORMALES Y PRESENTES | | | | | |
| **Oftalmoscopia** | **Ojo Derecho** | FONDO DE OJO SANO | | | | | |
| | **Ojo Izquierdo** | FONDO DE OJO SANO | | | | | |
| **Retinoscopia** | **Ojo Derecho** | NEUTRO | | | **Ojo Izquierdo** | NEUTRO | |
| **Subjetivo con Fórmula Final** | **Ojo Derecho** | NEUTRO | **Visión Lejana** | 20/20 | **Visión Cercana** | 050 M | |
| | **Ojo Izquierdo** | NEUTRO | **Visión Lejana** | 20/20 | **Visión Cercana** | 050 M | |
| **Visión Cromática** | Normal | SIN ALTERACION | | | | | |
| **Visión Profundidad** | Normal | 60´´ | | | | | |
| **Visión Periférica** | Normal | | | | | | |

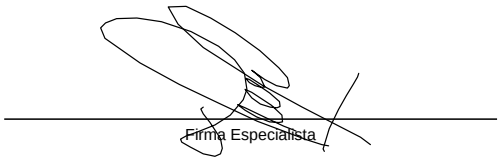
## IX. DIAGNÓSTICO

| | |
|---|---|
| **Diagnóstico Principal CIE-10** | Z010 - Examen de ojos y de la vision |
| **Tipo** | Impresión Diagnóstica |

| No. | Ojo | Descripción |
|---|---|---|

## X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

| | |
|---|---|
| **Recomendaciones** | Se recomienda Uso de protección visual adecuada al riesgo, Control optométrico anual |
| **Observaciones** | PACIENTE APTO NO PRESENTA PATOLOGIAS NI DEFECTOS REFRACTIVOS QUE IMPIDAN SU OPTIMO DESEMPEÑO VISUAL EN CUALQUIER ACTIVIDAD LABORAL. CONTROL 1 AÑO |



Firma Especialista

**Dra. Mayra Alejandra Lorza Lopez**
Registro No.: Pendiente



Firma del Usuario

**JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA**
CC.: 1116264721

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | | |
| **IDENTIFICACION:** | CC 1116264721 | **ORDEN:** | 804609 |
| **FECHA EXAMEN:** | 27/01/2023 | **FECHA NACIMIENTO:** | 30/09/1994 |
| **EDAD (AÑOS):** | 28 | **SEXO:** | MASCULINO |

| **EXAMEN** |
|---|

| **PARCIAL DE ORINA** | |
|---|---|
| **EXAMEN FISICO** | |
| Color: | Amarilla |
| Aspecto: | ligero turbio |
| **EXAMEN QUIMICO** | |
| Urobilinogeno: | Negativo |
| Bilirrubina: | Negativo |
| Glucosa: | Negativo |
| Proteínas: | trazas |
| Ph: | 5.0 |
| Densidad: | 1030 |
| Moco: | + |
| Cetonas: | Negativo |
| Nitritos: | Negativo |
| Leucocitos: | ++ |
| Eritrocitos: | trazas |
| **EXAMEN MICROSCOPICO** | |
| Células epiteliales: | 1-2 XC |
| Bacterias: | Negativo |
| Leucocitos: | 60-80 XC |
| Eritrocitos: | 1-3 XC |

Mardoris Cedeño A.

Mardoris Cedeño Ayala

Bacteriologa

Universidad Catolica de Manizales

TP 23961

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | | |
| **IDENTIFICACION:** | CC 1116264721 | **ORDEN:** | 804609 |
| **FECHA EXAMEN:** | 27/01/2023 | **FECHA NACIMIENTO:** | 30/09/1994 |
| **EDAD (AÑOS):** | 28 | **SEXO:** | MASCULINO |

| EXAMEN | RESULTADO | UNIDAD | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA PRE | 88 | mg/dl | 65 - 100 |
| COLESTEROL TOTAL | 149 | mg/dl | HASTA 200 |
| TRIGLICERIDOS | 85 | mg/dl | MENOR DE 150 |
| COLESTEROL DE HDL | 54 | mg/dl | MAYOR O IGUAL > 60 |
| COLESTEROL DE VLDL | 17 | mg/dl | 0.0 - 35 |
| COLESTEROL LDL | 78 | mg/dl | 100 - 129 |
| INDICE ARTERIAL | 2.8 | - | MENOR DE 0 - 5.0 |

Mardoris Cedeño A.

Mardoris Cedeño Ayala
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
TP 23961

**SIGMA OCUPACIONAL SAS**
NIT : 901102991-0
LSST Resol. 1220-54 No. 3595 de 21/12/2021

Cra 32A # 24-77 B/Alvernia, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2343555
sigmaocupacional@gmail.com

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

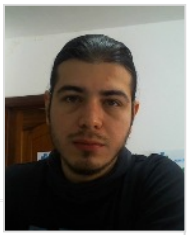
| Fecha Emisión | Realizado en | Tipo Evaluación - Énfasis | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|
| 2023-01-27 | TULUÁ (Valle del Cauca) | Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular | **804609** |

| Nombres y Apellidos | Identificación | Sexo |
|---|---|---|
| JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | CC 1116264721 | Masculino |

| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1994-09-30 | 28 años | A+ | 65.6 kilogramos | 171 centimetros | 22.43 |

| Dirección Residencia | Teléfonos |
|---|---|
| MANZANA 17 14 80 L A VILLA | 3207207196 |

| Cargo a desempeñar | Empresa Contratante | Empresa Usuaria |
|---|---|---|
| INSTRUCTOR | Persona Natural | SENA |



*(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario*

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-01-26. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Optometría Ocupacional (2023-01-26), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2023-01-27), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2023-01-27), Colesterol Total (2023-01-27), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2023-01-27), Hemograma IV Metodo Automatico (2023-01-27), Trigliceridos (2023-01-27), Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria (2023-01-27)

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**Pre-Ingreso:** Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
**Cardiovascular:** Riesgo Bajo
**Osteomuscular:** Sin patología osteomuscular aparente

## RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- **Control Médico en** 12 meses..
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

**Otras Recomendaciones:** APTO PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES, RCV BAJO

*Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.*

Firma Especialista
**Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera**
Registro No.: 76-4298/07
LSST.: 2545/2022

Firma del Usuario
**JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA**
CC.: 1116264721

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/ymd10jgz-9k2x-hwdg-6qfx-dc497klr38q5`
*Fecha Impresión: 2023-01-27 15:36:14 274447*

# RECOMENDACIONES MÉDICAS

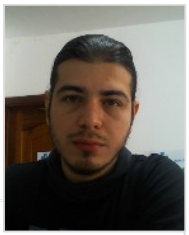
| Fecha Emisión | Realizado en | Tipo Evaluación - Énfasis | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|
| 2023-01-27 | TULUÁ (Valle del Cauca) | Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular | **804609** |

| Nombres y Apellidos | Identificación | Sexo |
|---|---|---|
| JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA | CC 1116264721 | Masculino |

| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1994-09-30 | 28 años | A+ | 65.6 kilogramos | 171 centimetros | 22.43 |

| EPS | ARL | AFP |
|---|---|---|
| Sanitas | - No Recuerda - | - No Recuerda - |

| Cargo a desempeñar | Empresa Contratante | Empresa Usuaria |
|---|---|---|
| INSTRUCTOR | Persona Natural | SENA |



*(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario*

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2023-01-26, el médico especialista Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera generó las siguientes recomendaciones médicas:

## RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

## RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

**Otras Recomendaciones:** PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE

La empresa **SENA** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

**SENA**

Firma del Usuario

**JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA**
CC.: 1116264721
Fecha de recibido:

## Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1116264721 realizó el día 15/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

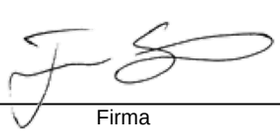
La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1116264721 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

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA** con **CC** No. **1116264721**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **Contratante:** NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | **Fecha de última cobertura:** 07/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/05/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO |

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012471556.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

NEQUI
(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín - Colombia
www.nequi.com.co

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

# Referencia de cuenta de ahorros

**Jueves, 16 de febrero de 2023**

A quien pueda interesar:

Nos permitimos informar que **JUAN SEBASTIAN SALAZAR MEJIA** identificado con cédula de ciudadanía **1116264721**, al día de hoy es titular de una cuenta de ahorros con las siguientes características:

| Número de cuenta | Número de cuenta convencional | Estado | Fecha de apertura |
|---|---|---|---|
| 3207207196 | 87041307378 | ACTIVA | 07-01-2018 |

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Cordialmente,

Claudia MB

**Claudia Betancourt**
Gerente de Promesa Digital

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
# DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| TULUA | AGENCIA TULUA | 52 | 52-46-101002825 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 03 | 02 | 2023 | 06 | 02 | 2023 | 00:00 | 30 | 09 | 2023 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

## DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SALAZAR MEJIA JUAN SEBASTIAN | | | C.C. :1,116,264,721 |
| DIRECCIÓN: MANZANA 17 14-80 BARRIO LA VILL | CIUDAD: TULUA - VALLE | | TELÉFONO: 3207207196 |

## DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN: | |
|---|---|---|---|
| SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA | | | NIT. :899,999,034-1 |
| DIRECCIÓN: CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA | CIUDAD: BUGA - VALLE | | TELÉFONO: 2376300 |
| ADICIONAL: | | | |

## OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4558724 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

## AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 06/02/2023 | 30/09/2023 | $ 1,533,333.30 |

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 | $ 1,533,333.30 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| GLORIA ISABEL SOTO VELASCO | 91929 | 100,00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO**

**PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA**

52-46-101002825
**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

31203494

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101002825, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en TULUA, a los 3 días del mes de Febrero 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°:** 52461010028250

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | SALAZAR MEJIA JUAN SEBASTIAN — C.C. C.C. :1,116,264,721 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002825 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002825 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**

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

## SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 52461010028250

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | SALAZAR MEJIA JUAN SEBASTIAN — C.C. C.C. :1,116,264,721 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002825 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002825 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
# SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101002825

**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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA