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**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **912410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **57239-865032** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ | **C.C.** | 14.798.825 | **IP/Nº de contacto** | 000000 |
| **Correo electrónico contratista:** | garomerov@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:** ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA **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** 060027668

**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:** 4598618/2023 **Nº Compromiso SIIF** **18923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.066.667 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 39.066.667 | **1** | **Del** | **10/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 2.800.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 36.266.667 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.800.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 2.800.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.758.075** | | **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** | ---------- | **CERTIFICADO D** |
| **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 $ 700.000 | $ - | |
| 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 | $ 119.200 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 586.025 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.758.075,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.469.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 8.400,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 14.000,00 | 0,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.777.600,00** | |

**SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SE ADJUNTA INFORME DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES DE FEBRERO
SE ADJUNTA CERTIFICACION DE AFILIACION A EPS, ARL Y PENSIONES
SE ADJUNTA INFORME DE EVIDENCIAS CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO
SE ADJUNTAN DOCUMENTOS SOLICITADOS POR LA ENTIDAD

**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.

**GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ**
**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,

**ALBETH MARTINEZ VALENCIA**
**INSTRUCTOR G16**

**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)**

# NUEVA EPS S.A

**NIT: 900156264 -2**

**CERTIFICA QUE:**

El 2023 -02 -01 18:41:02, el afiliado **GUSTAVO ANDRES ROMERO** identificado con **CC** número **14798825** realizó una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 843931080824 | 2023 -02 -01 18:41:02 | REINGRESO |

**DETALLE**

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 14798825 | GUSTAVO ANDRES ROMERO | 1160000 | INDEPENDIENTE | 2023 -02 -01 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Febrero del año 2023.**

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 **GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ** con **CC** No. **14798825**, 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:** 11/02/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 02/12/2023<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): 202301012460293.

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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14798825,** se encuentra afiliado/a desde **02/02/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de enero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892551657

(415)7707212489984(8020) 000001489255165 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 4 7 9 8 8 2 5 | 5 | 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 4 7 9 8 8 2 5 | 2 0 0 6 0 4 2 7 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| ROMERO | VELEZ | GUSTAVO | ANDRES |

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
C R 31 28 A 09 BRR VICTORIA

42. Correo electrónico garo1984@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 7 6 3 0 2 1 | 3 2 3 7 0 8 5 1 8 0 | |

## 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 |
| 4 9 2 1 | 2 0 0 6 1 0 0 2 | 8 5 5 9 | 2 0 1 1 0 1 2 6 | 8 5 2 3 | 8 5 5 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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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
985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14892551657

(415)7707212489984(8020) 000001489255165 7

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

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 6 1 1 2 7 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 0 0 0 5 5 9 1 0 | |
| 78. Departamento | 7 6 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 8 3 4 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | Año Mes Día | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14892551657

(415)7707212489984(8020) 000001489255165 7

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

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de bebidas y productos de tabaco, en establecimient 4 7 2 4 |

162. Nombre del establecimiento: DRINK'S & COPAS LICORERA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Tuluá 8 3 4 |

165. Dirección: CR 31 28 A 45

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 0 0 5 5 9 1 1 | 2 0 0 6 1 1 2 7 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 2 3 2 0 7 3 2 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá D.C., 27 de enero de 2023

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ identificado con CC N° 14798825, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 11-10-2022 a través del (los) producto (s):

| Producto | Nro Producto | Estado | Fecha Apertura |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 060027668 | Activo | 2022-10-11 |

*La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.*

*En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.*

*Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.*

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 27 días del mes de enero de 2023.

Cordialmente,



BANCO ITAÚ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| TULUA | AGENCIA TULUA | 52 | 52-46-101002940 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 09 | 02 | 2023 | 10 | 02 | 2023 | 00:00 | 02 | 04 | 2024 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | ROMERO VELEZ GUSTAVO ANDRES | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :14,798,825 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CARRERA 31 28A 45 | CIUDAD: | TULUA - VALLE | TELÉFONO: | 3237085180 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4598618 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 10/02/2023 | 02/04/2024 | $ 3,906,666.70 |

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 | $ 3,906,666.70 | 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

52-46-101002940
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. 52-46-101002940, 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 9 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°: 52461010029400

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| CONTADO | |

RECIBIMOS DE: ROMERO VELEZ GUSTAVO ANDRES C.C. C.C. :14,798,825

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002940

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002940 - 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°: 52461010029400

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: ROMERO VELEZ GUSTAVO ANDRES C.C. C.C. :14,798,825

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101002940

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101002940 - 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.52-46-101002940

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

**UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ**
**Lesby Alexandra Gámez González**
**Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina Laboral**
**Licencia Salud Ocupacional 000105**

**FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 09 de diciembre de 2021**

**TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL** INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] EGRESO [ ]

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**
**NOMBRES Y APELLIDOS**: GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ
**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**: T.I [ ] C.C [X] C.E [ ] N° 14.798.825
**EDAD**: 37 AÑOS
**EMPRESA**: SENA
**CARGO**: INSTRUCTOR

**EVALUACIONES REALIZADAS**

| | | |
|---|---|---|
| Osteomuscular [X] | Optometría [ ] | Audiometría [ ] |
| Espirometría [ ] | Psicotécnico [ ] | PsicoSensometrico [ ] |
| Rx: [ ] _____ | | Laboratorio Clínico: [ ] _____ |

**CONCEPTO DE APTITUD**
El servicio médico ocupacional brindado en la Unidad de Salud Ocupacional La Gámez, por médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen realizado, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en este certificado:

| | SI | NO |
|---|---|---|
| Existen restricciones para el desempeño de tareas a realizar | [ ] | [X] |
| Desviación en la condición previa de salud | [ ] | [ ] |

| Con relación a su ingreso se retira | ASINTOMÁTICO | SINTOMÁTICO |
|---|---|---|
| | [ ] | [ ] |

**RECOMENDACIONES, RESTRICCIONES Y OBSERVACIONES**

Paciente no presenta alteraciones osteomusculares, que interfieran en el desarrollo de las funciones inmersas en el cargo descrito.
Recomiendo uso de elementos de protección personal según riesgo laboral
Cumplir con el programa de pausas activas de acuerdo a lo establecido en el SG-SST empresarial.
Adhesión total y estricta a protocolos de bioseguridad contenidos en la normatividad colombiana vigente

**La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial**

Lesby Alexandra Gámez González

MEDICO OCUPACIONAL
Registro Médico N° 761474-06

Gustavo A. Romero

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C 14798825

**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

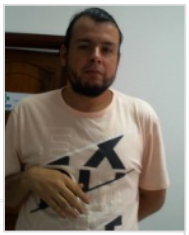
| Fecha Emisión | Realizado en | Tipo Evaluación - Énfasis | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|
| 2022-03-22 | TULUÁ (Valle del Cauca) | Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular | **628895** |

| Nombres y Apellidos | Identificación | Sexo |
|---|---|---|
| GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ | CC 14798825 | Masculino |

| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1984-02-03 | 38 años | B+ | 83 kilogramos | 178 centimetros | 26.2 |

| Dirección Residencia | Teléfonos |
|---|---|
| CRA 31 N 28 09 VICTORIA | 3192511701 |

| Cargo a desempeñar | Empresa Contratante | Empresa Usuaria |
|---|---|---|
| INSTRUCTOR | NIT 172606.125200 SENA | SENA |



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

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2022-03-22. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Optometría Ocupacional (Manual) (2022-03-22), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2022-03-22), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2022-03-22), Colesterol Total (2022-03-22), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2022-03-22), Hemograma IV Metodo Automatico (2022-03-22), Trigliceridos (2022-03-22)

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**Pre-Ingreso:** Condiciones de salud que requieren recomendaciones médicas para que el trabajador pueda desempeñar su labor.
**Cardiovascular:** Riesgo Bajo
**Osteomuscular:** Sin patología osteomuscular aparente

**Restricciones Médicas:** Sin Restricciones

## 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.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- 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.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General. ..

**Otras Recomendaciones:** PUEDE CONTINUAR SU LABOR, SE RECOMIENDA CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES DE BASE, SS VALORACION CONTROL DERMATOLOGIA, SS CONFIRMACION CIFRAS GLICEMIA Y REVALORACION EPS , RIESGO BAJO HASTA CONFIRMAR HALLAZGOS DE GLICEMIA

*Se anexa documento con Recomendaciones Medico Laborales para el trabajador.*

Firma Especialista
**Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera**
Registro No.: 76-4298/07
LSST.: 1216/12

Firma del Usuario
**GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ**
CC.: 14798825

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/m6ryk475-n45g-sxmw-0ktw-msqox02jzev3
*Fecha Impresión: 2022-03-22 13:45:42 285868*

# RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

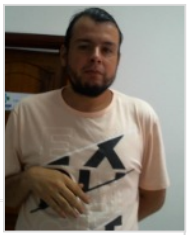
| Fecha Emisión | Realizado en | Tipo Evaluación - Énfasis | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|
| 2022-03-22 | TULUÁ (Valle del Cauca) | Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular | **628895** |

| Nombres y Apellidos | Identificación | Sexo |
|---|---|---|
| GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ | CC 14798825 | Masculino |

| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1984-02-03 | 38 años | B+ | 83 kilogramos | 178 centimetros | 26.2 |

| EPS | ARL | AFP |
|---|---|---|
| Nueva EPS | - No Tiene - | Colpensiones |

| Cargo a desempeñar | Empresa Contratante | Empresa Usuaria |
|---|---|---|
| INSTRUCTOR | NIT 172606.125200 SENA | SENA |



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

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2022-03-22, el médico Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, generó las siguientes recomendaciones médicas:

**Restricciones Médicas:** Sin Restricciones.

## 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.
- Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos.

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General. ..

## 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.
- Distanciamiento físico de mínimo 1 metro para evitar contagio por COVID-19.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

**Otras Recomendaciones:** PUEDE CONTINUAR SU LABOR, SE RECOMIENDA CONTINUAR MANEJO DE ENFERMEDADES DE BASE, SS VALORACION CONTROL DERMATOLOGIA, SS CONFIRMACION CIFRAS GLICEMIA Y REVALORACION EPS
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 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
**GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ**
CC.: 14798825
Fecha de recibido:

**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

HC No. 14798825 Orden Servicio No. 628895

# REMISION

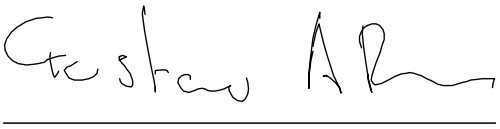
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha Emisión** | 2022-03-22 12:58:28 PM | **Ciudad** | TULUÁ (Valle del Cauca) |
| **Empresa Convenio** | SENA | | |
| **Empresa Usuaria** | SENA | | |
| **Cargo a desempeñar** | INSTRUCTOR | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ | **No. Identificación** | CC 14798825 |
| **Fecha Nacimiento** | 1984-02-03 (38 años) | **Sexo** | Masculino |

| | |
|---|---|
| **Remisiones** | Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General. . |
| **Motivo Remisiones** | SS CONFIRMACION CIFRAS GLICEMIA Y REVALORACION EPS |



Firma Especialista
**Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera**
Registro No.: 76-4298/07 L.S.O.: 1216/12



Firma del Usuario
**GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ**
CC.: 14798825

SIGMA OCUPACIONAL

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

# OPTOMETRIA

EMPRESA: _____ CIUDAD: Tuluá FECHA: 22 | Marzo | 2022

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Gustavo Andres Romero FN: _____

No DE IDENTIFICACIÓN: 14798825 DE Tuluá SEXO: ____ EDAD: 38

CARGO A DESEMPEÑAR: _____ AREA: _____

Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso ☐ | Uso de Lentes: ☐ Uso Permanente ☐ Uso Ocacional ☒ No usa

## ANTECEDENTES LABORALES

| FACTOR DE RIESGO VISUAL | | FRECUENCIA DE USO DE EPP |
|---|---|---|
| ☐ Pantallas de visualización | ☐ Alta exigencia visual | ☐ Nunca |
| ☐ Iluminación Inadecuada | ☐ Gases, Vapores, Humos. | ☐ Siempre |
| ☐ Material Particulado | ☐ Radiaciones, (Calor) | ☐ Ocacional |
| ☐ Liquidos irritantes | ☐ Otros | ☐ Según Exposición |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| Antecedentes Personales | | Síntomas Visuales | |
|---|---|---|---|
| ☐ Transtorno refractivo | ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Cefalea | ☐ Visión borrosa |
| ☐ Cataratas | ☐ Trauma ocular | ☐ Fotofobia | ☐ Enrojecimiento |
| ☐ Pterigio | ☐ Diabetes Millitius | ☐ Lagrimeo | ☐ Prurito |
| ☐ Conjuntivitis | ☐ Infección ocular | ☐ Ardor | ☐ Otros |
| ☐ Cirugía Ocular | ☐ Otros | ☐ Disminución de AV | |

## EVALUACIÓN VISUAL

| | Visión Lejana | AV | ADD | AV | AVVL SC | AVVP SC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RX EN USO | OD: | | | 2 | 20/20 | 0.50M |
| | OI: | | | | 20/20 | 0.50M |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Examen Externo: | Pterigio nasal | Estado Motor | Cover Test | VL ⊕ | VP ⊕ | PPC. 4 |
| Reflejos pupilares: | Presente | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| OFTALMOSCOPIA | OD: | |
| | OI: | Retina Aplicado. |

| Visión Cromática | | Visión Estereoscópica | | | Campos Visuales | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Normal | Anormal | 40 seg de arco | 60 seg de arco | 80 seg de arco | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RX FINAL | OD: | +000 | Neutro | ADD OD: | | AV C.C. OD: | 20/20 |
| | OI: | +000 | | OI: | | OI: | 20/20 |

## DIAGNOSTICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Emetrope | ☐ Presbicia | ☐ Alteraciones del campo visual | ☐ Blefaritis |
| ☐ Miopia | ☒ Pterigio | ☐ Alteración visual de profundidad | ☐ Ojo seco |
| ☐ Hipermetropia | ☐ Inbalance Muscular | ☐ Alteración visual del color | ☐ Glaucoma |
| ☐ Astigmatismo | ☐ Ambliopia | ☐ Hiperemia conjuntival | ☐ Cataratas |

## CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

| | | |
|---|---|---|
| ☒ Apto visualmente sin lentes de corrección | ☐ Lentes de correción de uso ocasional | ☒ Valoración Oftalmologica |
| ☐ Apto visualmente con lentes de corrección en uso | ☐ Lentes de uso permanente | ☐ Valoración Ortóptica |
| ☐ Se da Rx de corrección por primera vez | ☐ Cambio de lentes de corrección | ☐ Debe conducir con lentes |

Yessica Rojas A.
Optometria Ortoptista
Firma Optómetra

Gustavo A. Romero
Firma y cédula del paciente

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ROMERO VELEZ GUSTAVO ANDRES | | |
| **EDAD** | 38 Años | **SEXO** | Masculino |
| **HISTORIA:** | 14798825 | **FECHA INGRESO:** | 22/03/2022 10:49 |
| **ORDEN:** | 20220322036 | **FECHA IMPRESIÓN:** | 22/03/2022 11:54 |
| **FECHA NACIMIENTO:** | 03/02/1984 | | |

## HEMATOLOGIA

### CUADRO HEMATICO TIPO IV

| Prueba | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 7.0 | X10³/ul | 4.5 - 11.0 |
| LINFOCITOS EN NUMERO | 2.22 | X10*3/ul | 1.20 - 3.50 |
| CELULAS MIXTAS EN NUMERO | 0.43 | X10*3/ul | 0.10 - 1.00 |
| NEUTROFILOS EN NUMERO | 4.40 | X10*3/ul | 1.80 - 7.70 |
| LINFOCITOS % | 31.53 | % | 20.00 - 45.00 |
| CELULAS MIXTAS% | 6.05 | % | 3.00 - 10.00 |
| NEUTROFILOS % | 62.42 | % | 45.00 - 65.00 |
| RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS | 5.50 | X10*6/ul | 4.20 - 6.20 |
| HEMOGLOBINA | 16.0 | gr/dl | 13.8 - 17.2 |
| HEMATOCRITO | 47.7 | % | 40.0 - 52.0 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV) | 86.8 | fL | 80.0 - 99.0 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 30.8 | pg | 26.5 - 33.5 |
| CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC) | 35.5 | gr/dl | 32.0 - 36.0 |
| RDW-SD | 43.4 | fL | 37.0 - 54.0 |
| RDW-CV | 14.3 | % | 10.0 - 15.0 |
| PLAQUETAS | 300 | X10³/ul | 150 - 400 |
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO | 8.6 | fL | 6.5 - 11.0 |
| PDW | 15.0 | | |
| PLAQUETOCRITO | 0.260 | % | |
| PLCR | 28 | % | |

**Bacteriologa sección:**

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

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

**PACIENTE:** GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ
**IDENTIFICACION:** CC 14798825 **ORDEN:** 628895
**FECHA EXAMEN:** 22/03/2022 **FECHA NACIMIENTO:** 03/02/1984
**EDAD (AÑOS):** 38 **SEXO:** MASCULINO

| EXAMEN | RESULTADO | UNIDAD | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA PRE | 225 | mg/dl | 65 - 100 |
| COLESTEROL TOTAL | 221 | mg/dl | HASTA 200 |
| TRIGLICERIDOS | 182 | mg/dl | MENOR DE 150 |
| COLESTEROL DE HDL | 36 | mg/dl | MAYOR O IGUAL > 60 |
| COLESTEROL DE VLDL | 36 | mg/dl | 0.0 - 35 |
| COLESTEROL LDL | 149 | mg/dl | 100 - 129 |
| INDICE ARTERIAL | 6,1 | - | MENOR DE 0 - 5.0 |

**OBSERVACIÓN: GLICEMIA PRE MUESTRA PROCESADA X DUPLICADA**
**COLESTEROL TOTAL MUESTRA PROCESADA X DUPLICADA**

Mardoris Cedeño A.
Mardoris Cedeño Ayala
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
TP 23961

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL

**INFORME PSICODIAGNOSTICO**

**NOMBRE DEL POSTULANTE:** Gustavo Andrés Romero Velez.
**C.C:** 14.798.825
**EDAD:** 38 AÑOS
**ESCOLARIDAD:** Tecnólogo.
**EMPRESA REQUIRIENTE:** SENA.
**FECHA:** 22 de marzo del 2022

- **TECNICAS ADMINISTRADAS**

**TMMS 24:** Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004).

| INTELIGENCIA EMOCIONAL | Debe mejorar | Adecuada | Excelente |
|---|---|---|---|
| Atención emocional | | 29 | |
| Claridad emocional | | | 33 |
| Reparación emocional | | 28 | |

## ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

| I COMPETENCIAS PARA EL CARGO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Planeación y organización | | | | X | |
| Solución de problemas | | | | X | |
| Orientación al servicio | | | | X | |
| Acatamiento de normas y compromiso | | | | X | |

| II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Análisis y síntesis | | | | X | |
| Fluidez verbal y expresión | | | | X | |
| Capacitación para el cargo | | | | | X |

## CONCEPTO FINAL

Gustavo Andrés evidencia condiciones intrapersonales que le permiten establecer una relación estable consigo mismo, en ocasiones puede presentar episodios en los que se exige un poco más de sus parámetros, se muestra como una persona que disfruta el estar solo más contacto con las cosas que con las personas.

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA
MÁSTER EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Cel 316 405 50 42

**Nota**: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS24 y entrevista por competencias con base a los instrumentos de aplicación)

## Hace constar:

Que el Sr(a) GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 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 GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 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) GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 el día 16/02/2023 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) GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 realizó el día 16/02/2023 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

# Hace constar:

Que el Sr(a) GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 realizó el día 16/02/2023 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) GUSTAVO ANDRES ROMERO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14798825 realizó el día 16/02/2023 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 -

# ANALICEMOS

LABORATORIO CLINICO Y BACTERIOLOGICO

**Hernando & Julio C. Villaquirán Terán**

*Bacteriólogos y Laboratoristas Clínicos*

**U. CATOLICA DE MANIZALES**

| Fecha de Reporte | ID | NOMBRE | |
|---|---|---|---|
| 07/02/202 16:46 | CC 14798825 | Gustavo Andres Romero Velez | |
| No. De Registro | Clase de procedimeinto | Ficha No. | Entidad |
| 2989-7786 | Ambulatorio | 7.. | PARTICULAR |

**RESULTADO:** **PARCIAL DE ORINA (UROANALISIS)**

| | |
|---|---|
| DENSIDAD | 1030 |
| COLOR | AMARILLA LIG TURBIA |
| P.H. | 5.0 |
| ESTERASA DE LEUCOCITOS | NEGATIVO |
| PROTEINAS: mg/dl | NEGATIVO |
| GLUCOSA: mg/dl | NEGATIVO |
| CETONAS: mg/dl | NEGATIVO |
| SANGRE: | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO: mg/dl | NEGATIVO |
| BILIRRUBINA: | NEGATIVO |
| NITRITOS: | NEGATIVO |
| CELULAS BAJAS: | 0-2 X C |
| LEUCOCITOS: | 0-2 X C |
| GERMENES: | |
| MOCO: | +++ |

HERNANDO VILLAQUIRAN T
Bacteriólogo y Lab Clínico
U. Católica de Manizales
Reg. 16095

*Con Calidad Humana!*

*LA INTERPRETACION DE ESTE Y TODO EXAMEN DE LABORATORIO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO*

Carrera 15 # 6-59 - Telefax 2280764 Guadalajara de Buga

**EFICIENTE SERVICIO LAS 24 HORAS**