SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**22 de Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**85146-743895**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO	**C.C.**	1.053.797.063	**IP/Nº de contacto**	3015911640
Correo electrónico contratista:	lflizarazo@sena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 46634520848

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: 4623463/2023 **Nº Compromiso SIIF** **19623**

Valor Total del Contrato	$ 14.832.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.832.000	**1**	**Del**	**15/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 1.854.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.978.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para contribuir con el cumplimiento de los indicadores de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA, y de construcción y revisión de instrumentos de evaluación, en el área clave de Transporte.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.854.000		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	**$ 1.854.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 998.925**		**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	----------	**9446259684**
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 $ 463.500	$ -	
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	$ 185.400	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 332.975	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	998.925,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.523.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	9.140,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.844.860,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Concerté la sensibilización, Gratuidad e Inducción para el 28 de febrero con la empresa Transyarí en la NSCL 280601099.
Participé en la reunión de Inducción para evaluadores internos los días 15 y 16 de febrero de 2023 con la Dinamizadora Maryi Salinas.
Participé en la Reunión virtual para concertar Cronograma y plan de trabajo para la construcción de instrumentos de evaluación.
Remití la documentación requerida para ser autorizado en la construcción de la NSCL 280601091 y recibí la aprobación.
Realicé el pago de la estampilla Pro-Universidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad.
Realicé el proceso de Inducción en SST en la página de SI Contratista de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad.
Realicé la evaluación de conocimientos del Manual de Discapacidad y políticas del SENA en la página de SI Contratista.
RECURSOS NACIÓN- Ver informe anexo GTH- F- 062- V 09 del mes de Febrero del 2023
Florencia- Caquetá

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.

LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO
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,

MARIO DANIEL CARDOSO CORDOBA
PROFESIONAL G02

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

DANNY LÓPEZ SEGURA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

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 1053797063
NOMBRES Y APELLIDOS	Lizarazo Orozco,Luis Fernando
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lizarazo Orozco,Luis Fernando, a los 22 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14890933252

(415)7707212489984(8020) 000001489093325 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 7 9 7 0 6 3	8	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

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 0 5 3 7 9 7 0 6 3	2 0 0 7 0 9 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LIZARAZO	OROZCO	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 25 A CR 29 21 BRR CIUDADELA SIGLO XXI

42. Correo electrónico: lflizarazoo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	4 3 5 8 5 8 1	3 0 1 5 9 1 1 6 4 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
7 7 1 1 2	2 0 1 3 0 2 1 3	3 3 1 3	2 0 1 3 0 2 1 3	7 4 9 0	9 5 1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 01 - 25 / 08 : 32: 17

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 LIZARAZO OROZCO LUIS FERNANDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053797063		LIZARAZO OROZCO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 25A NO. 29-21	FLORENCIA-CAQUETA	4358581	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1890328751	9446259684	I	2023/02/14	2023/01/31	BANCOLOMBIA	0	$355,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,224,859	$196,000			$1,224,859	$153,200			$0	$0			$1,224,859	$6,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,224,859	$196,000			$1,224,859	$153,200			$0	$0			$1,224,859	$6,400		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$1,224,859	$196,000			$1,224,859	$153,200			$0	$0			$1,224,859	$6,400		$0	$0
1	CC	1053797063	LIZARAZO LUIS	230201	30	$1,224,859	$196,000	EPS005	30	$1,224,859	$153,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,224,859	$6,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,224,859	$196,000			$1,224,859	$153,200			$0	$0			$1,224,859	$6,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053797063		LIZARAZO OROZCO LUIS FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 25A NO. 29-21	FLORENCIA-CAQUETA	4358581	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1890328751	9446259684	I	2023/02/14	2023/01/31	BANCOLOMBIA	0	$355,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,000	$0	$0	$196,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$196,000	$0	$0	$196,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,400	$0	$0	$6,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,400	$0	$0	$6,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,200	$0	$0	$153,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$153,200	$0	$0	$153,200
TOTAL				**1**	**$355,600**	**$0**	**$0**	**$355,600**

Gmail Luis Fernando Lizarazo Orozco <lflizarazoo@gmail.com>

Re: Exámenes Ocupacionales Luis Lizarazo

jonatan . <jonathan-b.a@hotmail.com> 30 de enero de 2023, 17:46
Para: Luis Fernando Lizarazo Orozco <lflizarazoo@gmail.com>, "jobarrera@sena.edu.co" <jobarrera@sena.edu.co>

Ingreso sin restricciones

Gracias
Feliz día

Obtener Outlook para Android

From: Luis Fernando Lizarazo Orozco <lflizarazoo@gmail.com>
Sent: Monday, January 30, 2023 4:35:51 PM
To: jonathan-b.a@hotmail.com <jonathan-b.a@hotmail.com>; jobarrera@sena.edu.co <jobarrera@sena.edu.co>
Subject: Exámenes Ocupacionales Luis Lizarazo

Hola Médico Jhonathan Barrera buenas tardes,

En el presente adjunto los exámenes realizados el día de hoy correspondientes a los requeridos de acuerdo a la circular expedida por el SENA.

Agradezco sea incorporada mi información en las Bases de Datos requeridas, y en respuesta su visto bueno para trasladar dicho documento a Contratación para los fines pertinentes.

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL VIGENTE

De acuerdo a la Circular:

1855101	Administrativo	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Visiometría Glicemia	Psicosocial - Musculoesquelético	No

Objeto del Contrato:
Prestar los servicios profesionales de apoyo a la gestión de carácter temporal, para contribuir con el cumplimiento de los indicadores de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA, y de construcción y revisión de instrumentos de evaluación, en el área clave de Transporte.

Obligaciones:

1. Contribuir al desarrollo de las actividades de la evaluación de competencias laborales para los proyectos establecidos en la programación anual del centro de formación, de acuerdo con los lineamientos y la metodología del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA.
2. Participar en la transferencia de conocimientos y/o reuniones del proceso a desarrollarse para los evaluadores de competencias laborales de ECCL.
3. Colaborar en la construcción de un proyecto de instrumentos de evaluación de competencia laboral por cada 4 meses de contrato, conforme con la metodología establecida por el proceso Gestión de Evaluación y certificación de competencias laborales. Para los evaluadores que cuenten con menos de 4 meses de contrato, deben construir ítems y/o indicadores de desempeño y producto, proporcional a los meses de contratación, en concertación con el dinamizador de instrumentos para ECCL asignado.

4. Contribuir al cumplimiento de la meta de los indicadores del proceso Gestión de Evaluación y Competencias de Competencias Laborales del Centro de Formación, realizando como mínimo 42 evaluaciones de competencias laborales promedio mes en ejecución del contrato.
5. Apoyar en calidad de experto técnico para revisar y estandarizar instrumentos de evaluación, así como participar en comités técnicos de construcción de instrumentos y consultas
6. Contribuir en la elaboración de informes, reportes y demás documentos relativos al desarrollo de la evaluación de competencias laborales.
7. Informar sobre los resultados de la evaluación de competencias laborales, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su realización y apoyar la atención de reclamaciones a que haya lugar de acuerdo con los lineamientos establecidos por el SENA.
8. Colaborar en la validación de información de la evaluación de competencias laborales registrada en el Sistema de Información DSNFT.
9. Contribuir en la elaboración de informe cualitativo de las fortalezas y debilidades identificadas en la evaluación de competencias laborales, por proyecto evaluado.
10. Colaborar en el reporte al dinamizador de ECCL – centro de formación, los casos de éxito identificados en el proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales.

11. Apoyar en el registro en el Sistema de Información DSNFT de la información relacionada con la evaluación de competencias laborales, en coordinación con el apoyo administrativo.

Cordialmente,

Ing. Luis Fernando Lizarazo Orozco
C.c. 1053797063
cel. 3015911640

Certificado Medico Ocupacional

Licencia 00369 de 20 de Noviembre de 2017 expedida por la Secretaria Deptal del Caqueta

Fecha/Hora EXAMEN
30/01/2023 06:52 a.m.

Clase de Certificado
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso

FLORENCIA - CAQUETA



LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO

Documento	**1053797063**	(●) Masculino	( ) Femenino
Fecha Nacimiento	***13-ago-89***	Lugar	***FLORENCIA***
Dirección	***CUIDADELA***		
Teléfono/Movil	***(301)591-16-40***	***FLORENCIA, CAQUETA***	
Tipo Sangre - RH		Estado Civil	***Unión Libre***
Escolaridad	***Profesional***		
Empresa	***SENA***		
Cargo	***EVULUADOR DE COMPETENCIAS LABORALES***		

Clase de Examen Ocupacional
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EPS: Sanitas S.A.	ARL: Otros	AFP: Otros

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

Paraclinicos	Prueba realizada	Fecha	Resultado
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	CUADRO HEMÁTICO	30/01/2023	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	GLICEMIA	30/01/2023	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	PERFIL LIPÍDICO	30/01/2023	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	VALORACION PSICOLOGICA	30/01/2023	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	VISIOMETRIA	30/01/2023	NORMAL

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL, CONDUCTAS OCUPACIONALES

CONTROL PYP EPS	☐	REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	☐	HIGIENE POSTURAL	☑
REMISION A EPS	☐	SEGUIMIENTO CASO ARL	☐	USO EPP	☑
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	☑	USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐
				PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA	☑	REDUCIR ALCOHOL	☑
EJERCICIOS REGULAR	☑	PAUSAS ACTIVAS	☑
NO FUMAR	☑		

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

Clasificacion Consulta	Nivel Consulta	CONCEPTO
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL... CUADRO HEMÁTICO - NORMAL... GLICEMIA - NORMAL... PERFIL LIPÍDICO - NORMAL... VALORACION PSICOLOGICA - NORMAL... VISIOMETRIA - NORMAL...

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL (MANEJO DE CARGAS EN SITIO DE TRABAJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA); HIGIENE VISUAL (PROTECCION OCULAR CONTRA USO DE COMPUTADORA Y EXPOSICION A PARTICULAS POLVOS U OTROS); HIGIENE AUDITIVA (EVITAR USO DE DISPOSITIVOS A ALTO VOLUMEN, RUIDO CONTINUO Y REALIZAR REPOSO AUTIVIO EXTRALABORAL POR AL MENOS 8 HORAS). CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA HIPOGRASA, AUMENTO DE CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES FRESCOS Y LAVADOS; LAVADO DE MANOS PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, EVITAR HABITOS TOXICOS: SEDENTARISMO-TABAQUISMO-ALCOHOLISMO). MANTENER LIMPIAS LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 MINUTOS EN SU TRABAJO. DURANTE ENDEMIA POR COVID - 19 USO TAPABOCA SEGUN ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD, LAVADO DE MANOS. RECORDAR VACUNACION CONTRA COVID 19 ACORDE A FASE DE VACUNACION EN COLOMBIA.

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

ONELDIS DE LUQUE BRITO
RM:44398/2008 LIC SO 5684 /2012
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO
P ENTE CC: 1053797063

CRC LOS FUNDADORES FLORENCIA NIT. 900.76
Carrera11 No. 3-14 B. Barrio Jorge Eliecer Gaitan, Florencia - Caqueta Cel. 316
recepcionsstfundadores@gmail.com

FECHA EXAMEN
30/01/2023



LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO

Documento	**1053797063**
Fecha Nacimiento	domingo, 13 de agosto de 1989
Edad	34 AÑOS
Dirección	CUIDADELA
Teléfono/Movil	(301)591-16-40
Empresa	SENA

Dr HERMAN LEONARDO ALVAREZ VINASCO
Optometra
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

VISIOMETRIA

ANAMNESIS:

NO REFIERE

AV:VL	OD:	20/20	OI:	20/20	AV:VC	OD:	20/20	OI:	20/20	AV:CC	OD:		OI:	

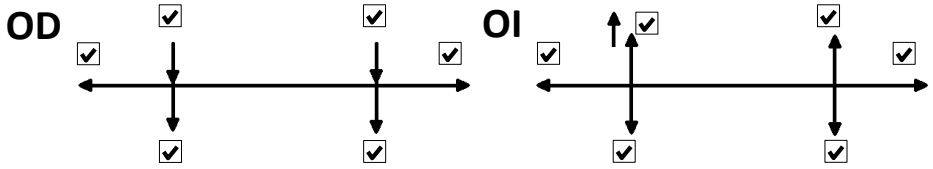
VISION PROFUNDIDAD:	NORMAL	VISION COLOR:	NORMAL
CAMPIMETRIA HORIZONTAL	NORMAL	CAMPIMETRIA VERTICAL:	NORMAL
ENCANDILAMIENTO:	NORMAL	ESTADO MOTOR:	ORTOFORICO

EXAMEN VISION BINOCULAR

EXAMEN MOTOR: HISBERG NORMAL KAPPA NORMAL

DUCCIONES OD NORMAL OI NORMAL

VERSIONES



Valoracion:	EMETROPE
Recomendacion	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

VALORACION OPTOMETRICA

RETINOSCOPIA:	OD		AV		**EXAMEN EXTERNO**	
	OI		AV		SEGMENTO ANTERIOR	OD
SUBJETIVO Y AFINACION:	OD		AV			OI
	OI		AV		OFTALMOSCOPIA	OD
	ADD		AV			OI

DIAGNOSTICOS

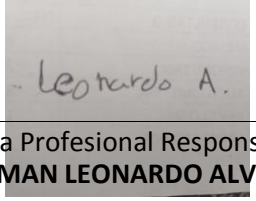
PRINCIPAL

RELACION 1 RELACION 2

CONDUCTA

PRESCRIPCION OPTICA OD OI TIPO DE LENTE

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA



Firma Profesional Responsable
HERMAN LEONARDO ALVAREZ VINASCO

CRC LOS FUNDADORES FLORENCIA

NIT. 900.764.056-5 Régimen Común
Carrera 11 No. 3-14 B. Barrio Jorge Eliecer Gaitan, Florencia - Caqueta
crcfundadores@gmail.com
Cel. 3115086237 Tel. 435 25 12 Florencia - Caqueta

CERTIFICADO PSICOSOCIAL

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo: ***LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO*** Edad: ***34 años***
Cedula: ***1053797063***
Cargo a desempeñar: ***EVULUADOR DE COMPETENCIAS LABORALES***
Empresa: ***SENA***
Nivel de Estudios: ***Profesional***
Fecha Prueba: ***lunes, 30 de enero de 2023***

Es importante tener en cuenta que:

Los resultados se basan en la descripcion de la propia personalidad y del propio comportamiento realizado por el evaluado, lo que no necesariamente refleja la percepcion que los demas tiene de ella. Por ello mismo, la precidion de los resultados depende de la sinceridad a responder la prueba y de su nivel de conocimiento.

Los resultados que arroja la impresion psicologica, tiene una validez de tres (3) meses tras su realizacion, o menos si el evaluado manifiesta cambios importantes en las circunstancias relativas a su entorno de trabajo o su vida personal

VARIABLES		ANALISIS
Analisis de Conciencia		Durante la administración de la prueba el evaluado recibe con atención las instrucciones respecto a la realización de ésta, se observa orientada, con adecuados procesos de atención, acude voluntariamente al proceso de evaluación psicológica, con capacidad de comunicación asertiva, y se muestra tranquila al finalizar.
A	*Afabilidad*	Frío, impersonal, distante
B	*Razonamiento*	Pensamiento concreto
C	*Estabilidad*	Reactivo, emocionalmente inestable
E	*Dominancia*	Deferente y cooperativo, que evita conflictos
F	*Animación*	Serio, cohibido y solícito
G	*Atención-normas*	Muy suyo e inconformista
H	*Atrevimiento*	Asustado, apocado y tímido
I	*Sensibilidad*	Utilitario, objetivo y poco sentimental
L	*Vigilancia*	Confiado, no suspicaz y acogedor
M	*Abstracción*	Realista, práctico y orientado a la acción
N	*Privacidad*	Abierto, espontáneo y sencillo
O	*Aprensión*	Seguro, despreocupado y satisfecho
Q1	*Apertura-cambio*	Tradiccional y apegado a lo familiar
Q2	*Autosuficiencia*	Integrado en el grupo y afiliativo
Q3	*Perfeccionismo*	Tolerante con el desorden, condescendiente y flexible
Q4	*Tensión*	Relajado, plácido y paciente

"BIG FIVE"

Extraversion	Introvertido y socialmente inhibido
Ansiedad	Poco ansioso e imperturbable
Dureza	De mentalidad abierta, receptivo e intuitivo
Independencia	Acomodaticio, conformista y desinteresado
Autocontrol	Incontrolado, que obedece a sus impulsos

Estilos de Respuesta

MI.- Manipulación Imagen	Deseoso por dar mala autoimagen, baja autoestima
IN.- Infrecuencia	
AQ.- Aquiescencia	Tiende a rechazar la respuesta A de los items

CRC LOS FUNDADORES FLORENCIA

NIT. 900.764.056-5 Régimen Común
Carrera 11 No. 3-14 B. Barrio Jorge Eliecer Gaitan, Florencia - Caqueta
crcfundadores@gmail.com
Cel. 3115086237 Tel. 435 25 12 Florencia - Caqueta

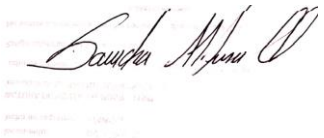
a continuacion presentamos los valores resultantes del test del Programa de correccion mecanizada del 16PF-5.

DIMENSIONES GLOBALES

ESCALAS PRIMARIAS		PD	DE	Interpretacion
A	*Afabilidad*	**0**	**4**	Frío, impersonal, distante
B	*Razonamiento*	**0**	**2**	Pensamiento concreto
C	*Estabilidad*	**0**	**3**	Reactivo, emocionalmente inestable
E	*Dominancia*	**0**	**4**	Deferente y cooperativo, que evita conflictos
F	*Animación*	**0**	**3**	Serio, cohibido y solícito
G	*Atención-normas*	**0**	**4**	Muy suyo e inconformista
H	*Atrevimiento*	**0**	**4**	Asustado, apocado y tímido
I	*Sensibilidad*	**0**	**7**	Utilitario, objetivo y poco sentimental
L	*Vigilancia*	**0**	**6**	Confiado, no suspicaz y acogedor
M	*Abstracción*	**0**	**7**	Realista, práctico y orientado a la acción
N	*Privacidad*	**0**	**7**	Abierto, espontáneo y sencillo
O	*Aprensión*	**0**	**7**	Seguro, despreocupado y satisfecho
Q1	*Apertura-cambio*	**0**	**8**	Tradiccional y apegado a lo familiar
Q2	*Autosuficiencia*	**0**	**6**	Integrado en el grupo y afiliativo
Q3	*Perfeccionismo*	**0**	**3**	Tolerante con el desorden, condescendiente y flexi
Q4	*Tensión*	**0**	**7**	Relajado, plácido y paciente

"BIG FIVE"		
Extraversion	**0.0**	Introvertido y socialmente inhibido
Ansiedad	**0.0**	Poco ansioso e imperturbable
Dureza	**0.0**	De mentalidad abierta, receptivo e intuitivo
Independencia	**0.0**	Acomodaticio, conformista y desinteresado
Autocontrol	**0.0**	Incontrolado, que obedece a sus impulsos

Estilos de Respuesta		
MI.- Manipulación Imagen	**0**	Deseoso por dar mala autoimagen, baja autoestim
IN.- Infrecuencia	**0**	
AQ.- Aquiescencia	**0**	Tiende a rechazar la respuesta A de los items



Firma Profesional Responsable
SANDRA MILENA OBANDO

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

10044031
2023-01-30 15:30:11.

Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10044031
Paciente : LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO
Identificación: 1053797063
Convenio : INVERSIONES TQR

Fecha Recepción: 2023-01-30 10:30:36
Fecha Impresión: 2023-01-30 15:30:11.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 33 / M
Fecha de Nacimiento : 1990-01-30

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
GLUCOSA			
Resultados:	**80**	mg/dl	Primer Dia 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia 50 - 80 mg/dl Adultos 70 - 110 mg/dl
COLESTEROL TOTAL			
Resultado:	**193**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
TRIGLICERIDOS			
Resultado:	**61**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD- HDL			
Resultado	**62**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD- LDL			
Resultado:	**118.76**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

10044031
2023-01-30 15:30:11.

Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10044031
Paciente : LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO
Identificación: 1053797063
Convenio : INVERSIONES TQR

Fecha Recepción: 2023-01-30 10:30:36
Fecha Impresión: 2023-01-30 15:30:11.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 33 / M
Fecha de Nacimiento : 1990-01-30

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

Order No.:	10044031	**Fecha Ingreso:**	2023-01-30 10:30:36
Paciente:	LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO	**Fecha Impresión:**	2023-01-30 15:30:12.
Identificación:	1053797063	**Edad/Sexo:**	33 / M
Convenio:	INVERSIONES TQR	**Teléfono:**	+
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

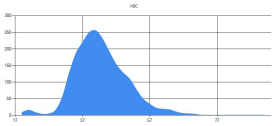
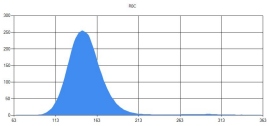
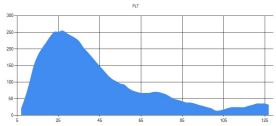
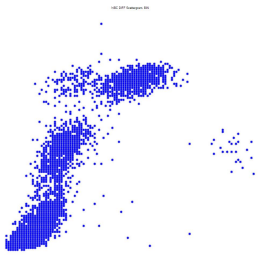
ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
HEMATOLOGIA					
HEMOGRAMA	**null**			null	
	null			null	
Recuento de Leucocitos	**5.76**	x10^3mm^3	4.0 -	null	10.0
% Neutrofilos	**48.6**	%	55.0 -	null	65.0 %
% Linfocitos	**45.0**	%	25.0 -	null	38.0 %
% Monocitos	**5.0**	%	3.0 -	null	6.0 %
% Eosinofilos	**1.1**	%	2.0 -	null	4.0 %
% Basofilos	**0.3**	%	0.0 -	null	1.0 %
% Aly	**null**	%	0.0 -	null	2.5 %
% Lic	**null**	%	0.0 -	null	3.0 %
# Neutrofilos	**2.80**	x10^3mm^3	2.0 -	null	7.50
# Linfocitos	**2.59**	x10^3mm^3	1.0 -	null	4.00
# Monocitos	**0.29**	x10^3mm^3	0.20 -	null	1.00
# Eosinofilos	**0.06**	x10^3mm^3	0.0 -	null	0.50
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 -	null	0.20
# Aly	**null**	x10^3mm^3	0.0 -	null	0.25
# Lic	**null**	x10^3mm^3	0.0 -	null	0.30
Recuento de Eritrocitos	**4.96**	x10^6/mm^3	3.80 -	null	5.80
Hemoglobina	**14.7**	g/dl	H.14.0-17.0	null	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**44.1**	%	H.42.0-48.0	null	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**89.0**	um^3	80 -	null	90 um^3
HB Corspuscular Media	**29.6**	pg	26.0 -	null	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.3**	g/dl	31.0 -	null	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**11.8**	%	12.0 -	null	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**148**	x10^3/mm^3	150 -	null	450
Volumen Plaquetario Medio	**12.9**	um^3	6.0 -	null	15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.9**	%	11.0 -	null	18.0 %
Plaquetocrito	**0.191**	%	.150 -	null	.500 %
	null			null	
LECTURA DEL EXTENDIDO PERIFERICO	**null**			null	
VSG Westergreen 1 Hora	**null**	mm en 1 h	0 -	null	20 mm.h
Neutrofilos	**null**	%		null	
Linfocitos	**null**	%		null	
Monocitos	**null**	%		null	
Eosinofilos	**null**	%		null	
Basofilos	**null**	%		null	
Mielocitos	**null**	%		null	
Promielocitos	**null**	%		null	
Metamielocitos	**null**	%		null	
Cayados	**null**	%		null	
	null			null	
MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS	**null**			null	
	null			null	
	null			null	
	null			null	
	null			null	
	null			null	
	null			null	
	null			null	

---COPIA---

LABORATORIO CLINICO
Edna Isabel Muñoz B.
FAMI NIT: 40.085.808-4
BACTERIOLOGA - CLÍNICA • Colegio Mayor de Cundinamarca • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE • Universidad Javeriana • Bogotá D.C
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD • Universidad Católica de Manizales
T.P 01426

Order No.:	10044031	**Fecha Ingreso:**	2023-01-30 10:30:36
Paciente:	LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO	**Fecha Impresión:**	2023-01-30 15:30:12.
Identificación:	1053797063	**Edad/Sexo:**	33 / M
Convenio:	INVERSIONES TQR	**Teléfono:**	+
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MORFOLOGIA DE GLOBULOS BLANCOS	**null**		null
	null		null
	null		null
	null		null
	null		null
	null		null
PLAQUETAS	**null**		null
	null		null
	null		null
	null		null
	null		null
OBSERVACIONES	**null**		null
	null		null
	null		null
	null		null
	null		null

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152
Validación 30/01/2023 3.13

---COPIA---

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

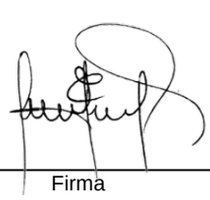
Que el Sr(a) LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053797063 realizó el día 22/02/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1053797063 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

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/02/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 40777507
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 40777507	MARLE QUINTANA CHILITO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	675	15/02/2023	CC 1053797063	LIZARAZO OROZCO LUIS	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

9767A535E13C36B4A560BACEF584F607 Certificado impreso el día 2/14/2023 4:19:55 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

LUIS FERNANDO
LIZARAZO OROZCO
1053797063

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificado Bancario

Jueves, 02 de febrero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS FERNANDO LIZARAZO OROZCO identificado(a) con CC 1053797063, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46634520848	2007/07/05	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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:
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-46-101020017	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
14	02	2023	15	02	2023	00:00	15	10	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
LIZARAZO OROZCO LUIS FERNANDO			C.C. :1,053,797,063
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 25 A CARRERA 29 21	FLORENCIA - CAQUETA		3015911640

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA REGIONAL CAQUETA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRERA 14 NO.5B-60 BARRIO JUAN XXIII	FLORENCIA - CAQUETA		6084374788
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.4623463 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA CONTRIBUIR CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y DE CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN EL ÁREA CLAVE DE TRANSPORTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/02/2023	15/10/2023	$ 1,483,200.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 1,483,200.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA	194558	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 CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA

61-46-101020017
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

INT194558A

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. 61-46-101020017, 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 NEIVA, a los 14 días del mes de Febrero de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

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.61-46-101020017

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670044824 31

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000044824311

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA
14/02/2023 06:47p.m.

RECIBIMOS DE: LIZARAZO OROZCO LUIS FERNANDO — CC. 1.053.797.063

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101020017

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101020017-0-1	$28,000.00		$5,320.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 33,320.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 33,320.00
OTROS:

TRANSACCION: 0004482431

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

2/14/2023 6:54:03PM

172.16.10.23