



SERVICIO NACIONAL
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL PUTUMAYO
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA - PUTUMAYO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM

Código Regional86
Código Centro951810
Fecha Elaboración8 de Marzo de 2023
VersiónENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso43189-406221

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON
Correo electrónico contratista:william.gonzalez@sena.edu.co

C.C.80.724.239

IP/N° de contacto3125775943

Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE

Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO

Es declarante de renta? ☐ NO

Es Pensionado? ☐ NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA

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

N° Cuenta20778547969

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

N° del contrato:82/2023

N° Compromiso SIIF8223

Valor Total del Contrato\$ 40.778.350

N° Pago1

Periodo objeto de pago

Valor Bruto Pago\$ 4.077.835,00

Saldo Anterior del Contrato\$ 40.778.350

Del01/02/2023

Al28/02/2023

Nuevo Saldo del Contrato\$ 36.700.515

Legalización comisiones del periodo\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, ASÍ COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO CON EL PROCESO DE G

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 4.077.835

Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°0,00%

Retención en la Fuente del Periodo\$ 0

Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 4.077.835

Menos, Retefuente Otros Ingresos\$ 0

BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE\$ 2.397.413

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO\$ 0

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

N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS

Febrero

Enero

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.631.134

\$ 0

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 203.900

\$ 0

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 261.000

\$ 0

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL

\$ 8.600

\$ 0

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ 8.835.833

\$ -

\$ 1.019.458

\$ -

\$ -

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

\$ 407.784

Salud hasta

\$ 678.592

\$ -

Renta Exenta 25%

\$ 2.792.123

\$ 799.138

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a título de RENTA

2.397.413,00

TARIFA

Base retención en la fuente a título de ICA

3.612.935,00

Valor base IVA

0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)

0,00

19%

Menos Retención en la Fuente

0,00

0,00%

Menos Retención IVA

0,00

15%

Reteica - 8299

36.129,00

1,000%

0,00

0,00

0,00

Otras Retenciones

0,00

0,000%

Otras Retenciones

0,00

0,000%

Otras Retenciones

0,00

0,000%

Otras Retenciones

0,00

0,000%

Descuentos de Libranza

0,00

Descuentos de embargo (Si tiene)

0,00

VALOR A PAGAR

\$4.041.706,00

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrolladas del 1 al 28 de febrero del 2023

1. Impartir FPI Presencial Titulada; Ficha: 2561306; Competencia: 220501001; RAP 3; horas 50

2. Impartir FPI Presencial Titulada; Ficha: 2561306; Competencia: 260102011, RAP1; horas 60

3. Alistamiento para la ficha FPI de la Ficha 2561306 de Mocoa 10 horas.

4. Participar activamente de la actualización y capacitación permanente con el fin de fortalecer mi perfil profesional, que garantice la calidad y el mejoramiento continuo. Municipio de Puerto Asis; horas 40,

Total horas formación 160.

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.

WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON
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,

FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA
INSTRUCTOR G11

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

WILLIAN JAMES RODRIGUEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80724239		GONZALEZ ORTEGON WILLIAM FAVIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ca 12 12-23	MOCOCA-PUTUMAYO	3125775943	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02		9447203156	I	2023/03/09			0	

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
1	CC 80724239	GONZALEZ WILLIAN	25-14	30	\$1,631,134	\$261,000	EPS037	30	\$1,631,134	\$203,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,631,134	\$8,600	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,631,134	\$261,000			\$1,631,134	\$203,900			\$0	\$0			\$1,631,134	\$8,600		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,000	\$0	\$0	\$261,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$261,000	\$0	\$0	\$261,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$203,900	\$0	\$0	\$203,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$203,900	\$0	\$0	\$203,900	
TOTAL				1	\$473,500	\$0	\$0	\$473,500	

USUARIO: WILLIAN-GONZALEZ

CONTRASEÑA: Fabian2023



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON identificado(a) con CC 80724239 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/05/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	GESTION INTEGRAL EN SALUD DEL PUTUMAYO GEINSALUD PUTUMAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de enero del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80724239**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2017** 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 22 de enero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

**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 **WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON** con CC No. **80724239**, 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: 01/02/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2023 Fecha fin de Contrato: 30/11/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR 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): 202301013253791.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente

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



Certificado Bancario

Lunes, 23 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILLIAM FAVIAN GONZALEZ ORTEGON identificado(a) con CC 80724239, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20778547969	2006/02/15	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.

No. PÓLIZA		NV-100082473		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		34273338		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		27/01/2023		SUC. EXPEDIDORA		AGENCIA NEIVA	
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE			VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA				
00:00 Horas Del		01/02/2023	24:00 Horas Del		31/03/2024			N/A		N/A		N/A		N/A	

TOMADOR	GONZALEZ ORTEGON, WILLIAN	No. DOC. IDENTIDAD	80.724.239
DIRECCIÓN	CALLE 69 SUR N 81 G -34	TELÉFONO	3125775943
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	AV CENTENARIO # 44N-15	TELÉFONO	8844545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL PUTUMAYO	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	AV CENTENARIO # 44N-15	TELÉFONO	8844545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.0082-2023 , CUYO OBJETO ES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, ASÍ COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO CON EL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN REALIZADA POR EL CENTRO, EN LA OFERTA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR DEL EN EL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUÍCOLA ARAPATMA

ASEGURADO: CENTRO AGROFORESTAL Y ACUÍCOLA ARAPAÍMA-REG. PUTUMAYO

CALLE 19 A NRO 23-57, BARRIO 20 DE JULIO, PUERTO ASÍS, PUTUMAYO

TEL. +57 (4) 4227177

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 31/03/2024	4.077.835,00	23.685,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 4.077.835,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 23.685,00
DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN
CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2023			

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 23.685,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 5.450,00
TOTAL A PAGAR	\$ 34.135,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).



CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

HOJA No.

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE 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.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I)** LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II)** EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III)** LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS 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.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD 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.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

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

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

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

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLAUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACRENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTÍNUÉ INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS 27 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2023



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



EL TOMADOR ASEGURADO

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza NV-100082473 y endoso, 0 cuyo afianzado es: GONZALEZ ORTEGON, WILLIAN Asegurado o Beneficiario: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL PUTUMAYO / SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA REGIONAL PUTUMAYO, expedida por la Compañía en 27/01/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA NEIVA a los 27 días del mes ENERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Mocoa, 01 de Febrero de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1025543464	EILEEN ALANIS GONZALEZ BERNAL	HIJO
-------------	------------	-------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,


FIRMA

Nombre: William Favian Gonzalez Ortegon

C.C. 8074239

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP

1025543464

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo
Serial**

43640673

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 57	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código AB H
--	---	------------------	------------------------------------	--	--	--------------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
-----------------	------------------

GONZALEZ BERNAL

Nombre(s)

EILEEN ALANIS

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año **2009** Mes **DIC** Día **16** **FEMENINO** **"A"** **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR. JULIO CARVAJAL RM.5753= 52238639-9=

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BERNAL RINCON LUDY VICTORIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.N.1.033.707.157.BOGOTA.D.C.= COLOMBIANA=

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.N.80.724.239.BOGOTA.D.C.= COLOMBIANA=

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C.N.80.724.239.BOGOTA.D.C.= 80724239

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2010

Mes

ENE

Día

13

RAQUEL SOFIA CIFUENTES MORALES

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Mocoa. Febrero 1 del 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

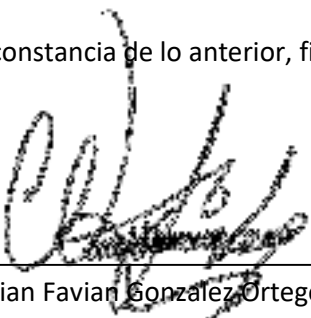
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

- a. Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos **sí** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos **sí** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que **si** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano”
- d. Por el año gravable 2022, soy una persona natural que **no** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$53.206.000)
- e. Por el año gravable 2021, **si** desarrollé una de las actividades señaladas en el [artículo 340 del Estatuto Tributario](#) y si la desarrollé no representó más de veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2022, **no** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.
- g. Que el patrimonio bruto al término del año gravable 2022, **no** sea igual o superior a \$171.018.000

En constancia de lo anterior, firmo en (Mocoa) a los 1 días del mes de febrero de 2023



Willian Favian Gonzalez Ortegón
C.C. 80724239 de Bogotá



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80724239 realizó el día 02/03/2023 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
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80724239 el día 02/03/2023 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

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))				
16	3	2022	Ingreso	Egreso	Periódico	Otro	Altura ☒

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social	PARTICULARES	Dirección del centro de trabajo
--------------	--------------	---------------------------------

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN				CC 80724239	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)	
Femenino ☐ Masculino ☒		4 7 1982	39	NUEVA EPS	

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)
	INSTRUCTOR	SERVICIOS Y OTROS	

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral , Consulta de Psicología , Tamizaje de Voz , Consulta de Optometría , Audiometría , Colesterol HDL , Colesterol LDL , Colesterol Total , Triglicéridos , MUESTRA DE LABORATORIO (GLICEMIA) , Cuadro Hemático

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclinicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completos y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Medicamente Para Trabajo En Alturas

☐ Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- ☒ Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- ☒ Higiene Postural
- ☒ Higiene Biomecánica Integral
- ☒ Pausas Activas Laborales
- ☒ Uso De EPP
- ☒ Cultura Del Autocuidado

Médicas

- ☐ Valoración Por Optometría Prioritaria
- ☐ Valoración Por Medicina General EPS
- ☐ Valoración Por ARL
- ☐ Valoración Por Medicina Laboral EPS
- ☐ Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- ☒ Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológico

- ☐ SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- ☐ SVE Cardiovascular
- ☐ SVE Salud Visual
- ☐ Corrección Óptica Permanente
- ☐ SVE Salud Respiratoria
- ☐ SVE Biomecánico

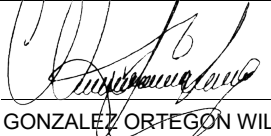
Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- ☒ Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- ☒ Énfasis En Estiramientos Integrales
- ☒ Nutrición Balanceada
- ☐ Cesación De Tabaquismo
- ☐ Reducción Consumo De Alcohol

Condición de Salud - Otros

Evaluación clínica y musculoesquelética dentro de la normalidad, se recomienda: Vacunación prioritaria contra el covid 19. Pausas activas, manipulación manual de cargas y uso de protección personal de acuerdo a los procedimientos descritos en el SGSST de la empresa

Evaluado por	
Firma	
Nombre	MOHAMED ENRIQUE RODRIGUEZ SALCEDO
Registro	44647/11

Trabajador	
Firma	
Nombre	GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN
Documento	CC 80724239

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

1) Archivar este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes:

"La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".

"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"

3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para norte de armas.

Impreso el 18/03/2022 a las 9:36:30 a. m.

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo



AUDIOMETRIA

19588

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

16

3

2022

MOCOA

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))

Ingreso ☒

Egreso ☐

Periódico ☐

Otro ☐

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

Razón Social PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN

CC 80724239

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género (Marque con una X)

Fecha de Nacimiento

Edad (años)

EPS (A la que se encuentra afiliado)

Femenino ☐

Masculino ☒

4

7

1982

39

NUEVA EPS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa

Cargo

INSTRUCTOR

Sección

SERVICIOS Y OTROS

Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)

ANTECEDENTES LABORALES

Empresa Anterior

Cargo

Tiempo (años)

Tipo de Elemento de Protección

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES

Tipo de Riesgo

TIEMPO DE EXPOSICIÓN

USO DE PROTECCION AUDITIVA

TIPO DE PROTECCION AUDITIVA

(Marque con una (x) según exista / existió exposición. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

SI

NO

Acumulada (Años)

Diaria (horas)

SI

NO

Exposición a ruidos

☐

☒

0

0

☐

☒

ANTECEDENTES PERSONALES

GENERALES

SI

NO

AUDITIVOS

SI

NO

Habito Fumar

☐

☒

Otitis

☐

☒

Servicio Militar

☐

☒

Otalgia

☐

☒

Hobbies con exposición al ruido

☐

☒

Tinitus

☐

☒

Infección al oído

☐

☒

Cirugías

☐

☒

Uso de ototóxicos

☐

☒

Traumas

☐

☒

Otro

☐

☒

Vertigo

☐

☒

Cual(es) ingeniero en sistemas se desempeñara como instructor del SENA.

SINTOMAS Y SIGNOS

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Disminución de la audición

☐

☒

Zumbido

☐

☒

Infección al oído

☐

☒

Dolor de oídos

☐

☒

Mareos

☐

☒

EVALUACION

A. OTOSCOPIA

B. DIAPASONES

O.D. ALTERADO

O.I. ALTERADO

O.D.

RINNE Y WEBBER

O.I.

☐

Pabellón Auricular

☐

0

250 Hz

0

☐

Conducto Auditivo

☐

0

500 Hz

0

☐

Membrana Timpanica

☐

0

1000 Hz

0

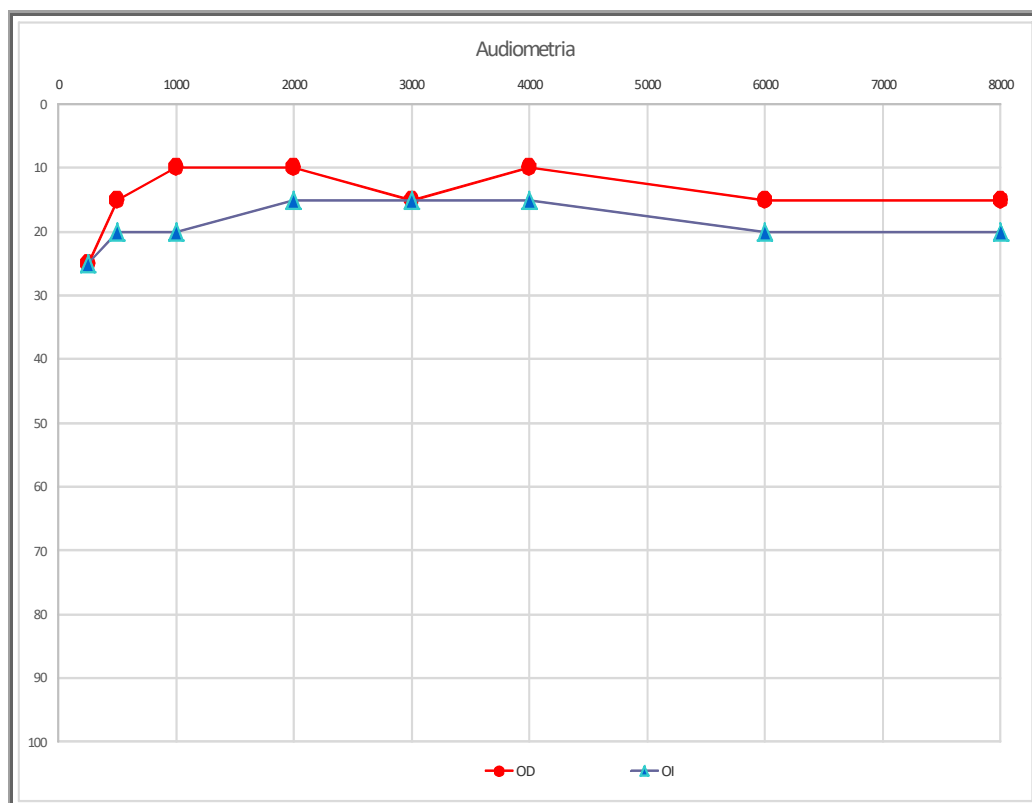
Observaciones

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo

C. AUDIOMETRIA

	O.D
250 Hz	25
500 Hz	15
1000 Hz	10
2000 Hz	10
3000 Hz	15
4000 Hz	10
6000 Hz	15
8000 Hz	15
	O.I.
250 Hz	25
500 Hz	20
1000 Hz	20
2000 Hz	15
3000 Hz	15
4000 Hz	15
6000 Hz	20
8000 Hz	20



DIAGNOSTICO

AUDICION BILATERAL NORMAL (DENTRO DE LOS RANGOS ESPERADOS)

RECOMENDACIONES

EVITAR SONIDOS EXTRIDENTES. UTILIZAR EPP. LIMPIEZA OTICA FRECUENTE

Evaluated by

Firma

Nombre KAREN EDITH CORDOBA CASTRO

Registro 1603521

Aspirante o Trabajador (Autorice la practica de este examen)

Firma

Nombre Willian Favian Gonzalez

Documento 80724239

VALORACIÓN PSICOLOGICA

FECHA: 17-03-2022

DATOS GENERALES:

NOMBRES Y APELLIDOS :	WILLIAN FAVIAN GONZALES ORTEGON
CEDULA:	80724239
EDAD:	39
FECHA DE NACIMIENTO:	04 JULIO 1982
LUGAR DE NACIMIENTO:	MOCOA (P)
ESTADO CIVIL:	CASADO
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	INGENIERO DE SISTEMAS
DIRECCION DOMICILIARIA:	B/ OBRERO - MOCOA

EVALUACION: INGRESO (X) PERIODICO () EGRESO ()

DATOS OCUPACIONALES:

EMPRESA ACTUAL (postula, trabaja o trabajo)

Nombre de la empresa: SENA

Actividad de la empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Actividad de trabajo: INSTRUCTOR

ANTECEDENTES LABORALES:

El candidato establece que lleva trabajando con la misma institución durante tres años, que se toma el examen porque tiene vigencia de tres años, en el proceso establece que prepara formación, también imparte la misma de forma presencial, presentación de informes.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Vive actualmente con su esposa y su hija de 12 años, quien se encuentra escolarizada, determina que su vinculación con su padre es muy cercana, pues viven muy cerca, con su madre y hermano que viven en Bogotá la relación es un poco más distante, pero se comunican frecuentemente. Determina que ante la presencia de problemas, tiende a enfocar el mismo y buscar opciones de solución.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (durante el tiempo de trabajo): Establece que No ha sufrido de AT ni EL.

HABITOS: Establece que no fuma, toma muy ocasionalmente dos o tres veces en el año, además practica actividad física 2 o 3 veces en semana.

EXAMEN MENTAL:

FUNCIONES CONDUCTUALES: - Presentación: adecuado (X) inadecuado ()
- Postura: erguida (X) encorvado ()

- Contacto visual: directo (X) esquivo ()

FUNCIONES COGNITIVAS:

- Orientación: auto psíquico: adecuado (X) inadecuado ()
- Alo psíquica: adecuado (X) inadecuado ()
- Atención: normal (X) aumentada () disminuida ()
- Conciencia: vigilia (X) somnolencia () estupor ()
- Memoria: remota: adecuada (X) inadecuada () Reciente: adecuada (X) inadecuada ()
Inmediata: adecuado (X) inadecuada ()
- Inteligencia: promedio adecuada
- Apetito: disminuido () aumentado () normal (X)
- Sueño: dificultad para conciliar () reconciliar () despertar temprano () normal (X)

CONCLUSIONES:

AREA COGNITIVA: El colaborador se muestra tranquilo, colaborativo, con capacidad suficiente para responder a los cuestionamientos, con ideas concordantes, además con facilidad para expresarlas, no se aprecian desviaciones a nivel autopsíquica o alopsíquica.

AREA EMOCIONAL: Se puede establecer que es una persona que cuenta con herramientas propias de afrontamiento, además que logra estructurar de buena manera.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS: la prueba muestra una persona con buena autoestima consciente de sus capacidades, con capacidad para relacionarse, pero sobre todo en situaciones de confianza. En cuanto a su proyección se aprecia una persona que se siente conforme con lo logrado hasta el momento, o estancado actualmente. Su energía vital se encuentra encaminada en buena forma, con gran energía a la hora de emprender algo. Persona inteligente, con tendencias equilibradas entre asociación y síntesis. A nivel laboral, es una persona que acoge las normas con facilidad, podría generar mejores resultados bajo una supervisión constante.

OBSERVACIONES: El consultante se muestra cordial, respetuoso y coherente en sus expresiones e ideas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

El consultante no muestra alteraciones aparentes, podría desarrollar su labor sin mayores inconvenientes, se recomienda establecer supervisión para generar mejores resultados.



PS. Vladimir Moncayo Martínez
Esp. Salud Ocupacional
CC. 98396264

OPTOMETRIA

19588

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN			
16	3	2022	MOCOCHA
TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))			
Ingreso	☒	Egreso	☐
Periódico	☐	Otro	☐

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

Razón Social	PARTICULARES	Dirección del centro de trabajo
--------------	--------------	---------------------------------

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN				CC 80724239	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)	
Femenino	☐	Masculino	☒	4	7
		1982	39	NUEVA EPS	

EVALUACION

A. AGUDEZA VISUAL				B. LENSOMETRIA					
	Sin Corrección		Con Corrección			Visión Lejana		Visión Próxima	
	Visión Lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima					
Ojo Derecho	20/70	20/200			Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo	20/22	20/20			Ojo Izquierdo				
C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (x) la casilla correspondiente según sea afirmativo o negativo).					D. ESTADO MOTOR				
	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		Cover Text Visión Lejana		Ortoforia		
	SI	No	SI	No					
Pinguécúla	☐	☒	☐	☒	Cover Text Visión Próxima 40 cms		Exofoforia		
Resequedad Ocular	☐	☒	☐	☒	Punto próximo de convergencia		8/10		
Inyección Conjuntiv	☐	☒	☐	☒	Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
Hiperemia Conjuntival	☐	☒	☐	☒		Normal	Anormal	Normal	Anormal
Ptosis Palpebral	☐	☒	☐	☒	Estereopsis	100"			
Pterigio	☐	☒	☐	☒	Visión Cromática	NORMA		NORMAL	
Secreción Ocular	☐	☒	☐	☒	Campo Visual	☒	☐	☒	☐
Edema Palpebral	☐	☒	☐	☒					
Blefaritis	☐	☒	☐	☒					

OBSERVACIONES

DIAGNOSTICOS (Marque con una (x) según corresponda)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia	☐	☐	Problema de Refracción No Corregido		
Miopia	☐	☐			
Hipermetropia	☐	☐	Problema de Refracción Adecuadamente Corregido		
Astigmatismo	☒	☒			
Presbicia	☐	☐	Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido		
Ambliopia	☐	☐			
Problema de Motilidad	☐	☐	No requiere corrección		
Insuficiencia de Convergencia	☐	☐			

RECOMENDACIONES (Marque con una (x) según corresponda)

Control en un año	☐	Corrección óptica con anteojos	☐	Valoración por ortóptica	☐
Control en seis meses	☐	Corrección óptica con lentes de contacto	☐	Valoración por oftamología	☐

OBSERVACIONES

Evaluado por	Kateri Gaviria	Aspirante o Trabajador (Autorice la práctica de este examen)	
Firma		Firma	
Nombre	KATHERINE GAVIRIA MONTEZUMA	Nombre	Willian Fabian Gonzalez
Registro	1124859857	Documento	80724239

Mocoa (Putumayo), 17 de marzo del 2022



IDENTIFICACIÓN:

Nombre: GONZALES ORTEGON WILLIAM FAVIAN

Identificación: 80.724.239

Fecha de Nacimiento: 04/07/1982

Paciente de 39 años de edad cronológica, de sexo masculino, quien asiste para valoración fonoaudiológica, se desempeña como Instructor, dentro del proceso de valoración se evidencia:

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

a) Evaluación órganos fonoarticulatorios: En cuanto a las características anatómicas, se aprecia tipología facial braquifacial; en relación a los tercios faciales, estos se observan simétricos.

En la exploración extraoral, se observan mejillas simétricas, labios superior e inferior con tono, movilidad adecuada, mantiene selle labial en reposo.

En la exploración intraoral, la lengua y frenillo sublingual poseen adecuado tamaño y funcionalidad. Se observa paladar, velo del paladar íntegros.

b) Evaluación de habla:

- **Respiración:** Se presenta tipo respiratorio costal diafragmático con asenso clavicular.
- **Fonación:** Los parámetros vocales de intensidad, tono y timbre se evidencian adecuados para la edad y sexo del paciente.
- **Resonancia:** Resonancia oral, dada la adecuada función velar.
- **Articulación:** Se observa habla inteligible con adecuada velocidad, fluidez, normalidad articulatoria en la producción oral de fonemas y sílfones del habla.
- **Prosodia:** Prosodia y ritmo impresionan adecuados en todos los contextos.

Se anota, que el paciente no presenta alteración en los procesos motores del habla.

Dra. Karen Córdoba Castro
FONOAUDIOLOGA
Esp. Terapia Vocal
Esp. Gerencia de Proyectos
T.P. 16 - 03521

KAREN EDITH CÓRDOBA CASTRO
Fonoaudióloga
Esp. Gerencia de Proyectos
TP. 16-03521



3209596624

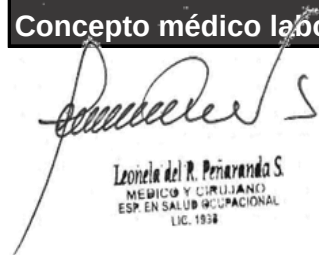
CR 15 N° 14-60 Barrio
Obrero II Mocoa, Colombia
www.sigoips.com



VALIDACIÓN MÉDICO LABORAL SENA

Fecha	22/01/2023
-------	------------

Nombre y apellidos	William Fabian Gonzalez
Identificación	80724239
Cargo	Instructor
Concepto médico laboral SENA	Concepto con fecha del 16 de marzo 2021, validado por el área de Medicina preventiva para contratación 2023



Leonela del R. Peñaranda S.
MÉDICO Y CIRUJANO
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. 1938

Leonela Del Rocio Peñaranda Sanchez

Médico laboral

Lic S.O 1938