SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**21 de Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**35115-955605**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SERGIO TORRES MARTINEZ	**C.C.**	1.101.684.353	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	sergiotorresmartinez@gmail.com				

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

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24120652286

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: 4711485/2023 **Nº Compromiso SIIF** **20723**

Valor Total del Contrato	$ 22.800.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.800.000	**1**	**Del**	**10/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 2.786.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.013.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD VIRTUAL Y/O PRESENCIAL EN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.786.667		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.786.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.832.900**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**afiliacion**
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 II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 696.666	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 610.967	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.832.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.456.067,00	
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 - 8543	5.573,00	0,200%
-	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	**$2.781.094,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2733692-18 horas- ANALIZAR LA NATURALEZA Y EL ROL QUE CUMPLEN MAESTROESTUDIANTECOMO ACTORES PRINCIPALES
2733678-18 horas- ANALIZAR LA NATURALEZA Y EL ROL QUE CUMPLEN MAESTROESTUDIANTECOMO ACTORES PRINCIPALES
2733693-18 horas- ANALIZAR LA NATURALEZA Y EL ROL QUE CUMPLEN MAESTROESTUDIANTECOMO ACTORES PRINCIPALES
2733691-18 horas- ANALIZAR LA NATURALEZA Y EL ROL QUE CUMPLEN MAESTROESTUDIANTECOMO ACTORES PRINCIPALES

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.

SERGIO TORRES MARTINEZ
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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

ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ identificado(a) con CC 1101684353 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-SOCORRO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de abril 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.101.684.353** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de noviembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de abril de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202304152107

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743181661

(415)7707212489984(8020) 000001474318166 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 1 6 8 4 3 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 1 6 8 4 3 5 3	2 0 0 5 0 8 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	MARTINEZ	SERGIO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

41. Dirección principal: CL 21 B 750

42. Correo electrónico: sergiotorresmartinez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 2 2 6 6 7 7 7	

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
5 8 2 0	2 0 2 0 0 3 3 0	6 2 0 1	2 0 1 8 0 2 0 1		8 5 3 0	8 5 4 3	2 1 3 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2021 - 02 - 22 / 11 : 10: 32

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 TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14743181661

(415)7707212489984(8020) **000001474318166 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 1 6 8 4 3 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14743181661

(415)7707212489984(8020) **000001474318166 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 1 6 8 4 3 5 3	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades auxiliares de los seguros 6 7 2 1

162. Nombre del establecimiento: EFIGES CONSULTORES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	Socorro 7 5 5

165. Dirección: CL 21 B # 7 - 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 1 8 4 6 7 3	2 0 1 0 0 4 0 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 2 2 3 9 6 7 7	2 0 1 0 0 8 3 1

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

HELBERT FUENTES RAMÍREZ
NIT: 19420368 - 6
Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202
Cel: 3023216758
E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.069

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2023 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES	MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1101684353 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIA QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *ANSIEDAD-DEPRESION?.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	OPTOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : PSICOLOGIA.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTA EVALUACION MEDICA SE REALIZA BAJO TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE SARS-COV2/COVID-19.

APTO SIN RESTRICCIONES.

SE REALIZA EDUCACION RESPECTO A LA REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS. MOVIMIENTOS DE EXTENSION, FLEXION Y ROTACION EN ARTICULACIONES CERVICAL, MUÑECAS Y CADERA.
MODIFICACION EN HABITOS ALIMENTICIOS Y AUMENTO DE ACTIVIDAD FISICA.

VISIOMETRIA: ASTIGMATISMO.

LABORATORIO:
- GLICEMIA 88 MG/DL 70 - 100 MG/DL
-COLESTEROL TOTAL 165 MG/DL HASTA 200 MG/DL -COLESTEROL HDL 24 MG/DL 35 - 85 MG/DL. -COLESTEROL LDL 85 MG/DL
-TRIGLICERIDOS 280 MG/DL HASTA 150 MG/DL
- CUADRO HEMATICO: LEUCOCITOS 6.030 HTO 52 HB 17 PLAQUETAS 242.000

TES DE PERSONALIDAD:
CANDIDATO SEGÚN EL TEST PRESENTA ALGÚN TIPO DE TRASTORNO DE ESTADO DE ÁNIMO (DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y/O ESTRÉS).
SE RECOMIENDA VALORACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y/O PSIQUIATRÍA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: FUENTES RAMIREZ HELBERT EDISON

R. M.: 1480200 **L.S.O.:** 00142

Código de Seguridad

X866D1J4069

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES

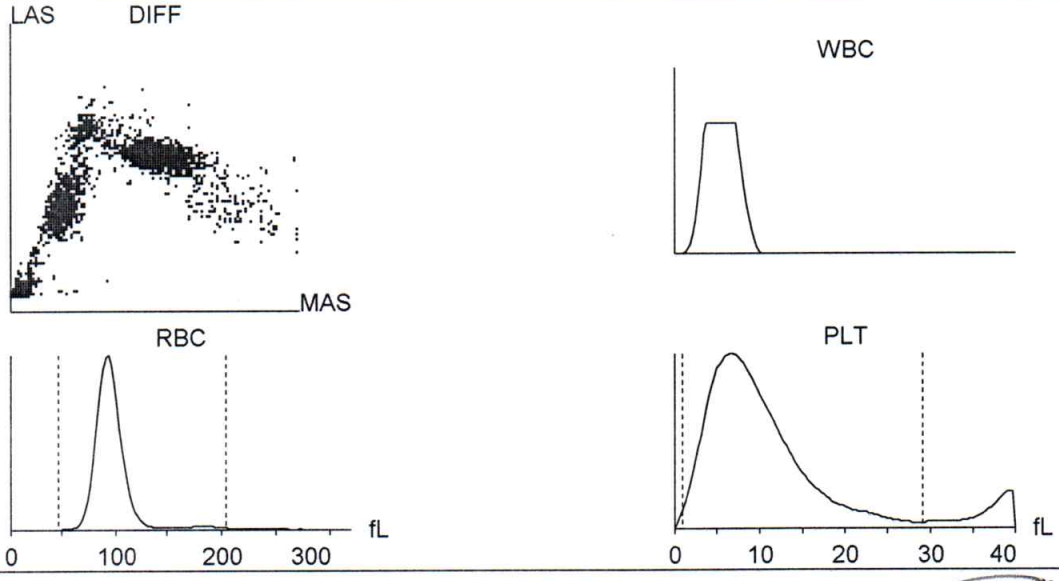
CC: 1101684353

LABORATORIO CLINICO - GRACIELA NIÑO M. HEMOGRAMA
BACTERIOLOGA UIS

Informe análisis hematología

Nombre:	SERGIO	Apellido:	TORRES MARTINEZ	Sexo:	Homb	Edad:	35 Años
ID muest:	471-2	Tipo de paciente:	Ambulatorio	ID pac:	1101684353		
Dpt.:	PARTCULAR	Tiempo de análisis:	23-02-2023 10:53	Modo:	WB-CBC+DIFF		

	Parámet		Result	Unid	Grupo de ref.
1	WBC		6.03	10^9/L	5.00 - 10.00
2	Neu#		3.47	10^9/L	2.00 - 7.00
3	Lym#		1.99	10^9/L	0.80 - 4.00
4	Mon#		0.34	10^9/L	0.12 - 1.20
5	Eos#		0.23	10^9/L	0.02 - 0.50
6	Bas#		0.00	10^9/L	0.00 - 0.10
7	Neu%		57.5	%	50.0 - 70.0
8	Lym%		33.1	%	20.0 - 40.0
9	Mon%		5.6	%	3.0 - 12.0
10	Eos%		3.8	%	0.5 - 5.0
11	Bas%		0.0	%	0.0 - 1.0
12	RBC	A	6.20	10^12/L	4.00 - 5.50
13	HGB	A	17.5	g/dL	12.0 - 16.0
14	HCT		52.9	%	40.0 - 54.0
15	MCV		85.4	fL	80.0 - 100.0
16	MCH		28.2	pg	27.0 - 34.0
17	MCHC		33.0	g/dL	32.0 - 36.0
18	RDW-CV		13.5	%	11.0 - 16.0
19	RDW-SD		44.6	fL	35.0 - 56.0
20	PLT		242	10^9/L	150 - 400
21	MPV		10.2	fL	6.5 - 12.0
22	PDW		16.1		9.0 - 17.0
23	PCT		0.247	%	0.108 - 0.282



Médico clínico:
Operador: HEMATO
Revisado por:
Hora de trazado:
Hora entrega:
Hora de impresión: 23/02/2023 10:56
Comentarios:
[Este informe solo se aplica a la muestra analizada correspondiente]

Graciela Niño Méndez
Bacterióloga - UIS
Nit. 28.377-060-Res. 8859/79

Laboratorio Clínico
Doctora Graciela Niño Méndez
Bacterióloga Universidad UIS

RESULTADO Nº 471
Fecha: 23/02/2023
Digitado: WLADISLAV
Impreso: WLADISLAV

QUÍMICA SANGUÍNEA

PACIENTE	OTROS DATOS
Nombre: SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ Identificación: (CC) 1101684353 Teléfono: 3182266777 Edad: 35 años	Afiliación: PARTICULAR Empresa: SALUD EMPRESARIAL SAN GIL

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia	**88 mg/dL**	70 - 100 mg/dL
Colesterol Total	**165 mg/dL**	Hasta 200 mg/dL
Triglicéridos	**130 mg/dL**	Hasta 150 mg/dL
Colesterol HDL	**24 mg/dL**	35 - 85 mg/dL
Colesterol LDL	**85 mg/dL**	130 - 159 mg/dL
Colesterol VLDL	**56 mg/dL**	

Graciela Niño Méndez
Bacterióloga - UIS
Nit. 28.377-060-Res. 8859/79

LABORATORIO GRACIELA NIÑO MÉNDEZ
Dir: CALLE 11 #9-19 INT 101, SAN GIL, SANTANDER Tel: 7242697 / 7235900
3112311090 - Email: LABORATORIOGRACIELA@HOTMAIL.COM

© JOTAFREX 2023

Laboratorio Clínico
Doctora Graciela Niño Méndez
Bacterióloga Universidad UIS

RESULTADO Nº 471
Fecha: 23/02/2023
Digitado: WLADISLAV
Impreso: WLADISLAV

PARCIAL DE ORINA

PACIENTE	OTROS DATOS
Nombre: SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ Identificación: (CC) 1101684353 Teléfono: 3182266777 Edad: 35 años	Afiliación: PARTICULAR Empresa: SALUD EMPRESARIAL SAN GIL

EXAMEN MACROSCÓPICO Y BIOQUÍMICO	
Densidad	**1.025**
Color	Amarillo
Aspecto	Lg. Turbio
Albumina	No hay
Cetonas	No hay
Nitritos	Negativos
Bilirrubina	No hay
PH	**6.0**
Reacción	**Acida**
Glucosa	No hay
Urobilina	No hay
Sangre oculta	No hay
Hemoglobina	No hay

EXAMEN MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO	
Hematies	No hay
Celulas	**1-2/c**
Moco	**+**
Cristales	**Uratos Amorfos: +**
Cilindros	No hay
Leucocitos	**Escasos**
Levaduras	No hay
Bacterias	**Escasas**

Graciela Niño Méndez
Bacterióloga - UIS
Nit. 28.377-060-Res. 8859/79

LABORATORIO GRACIELA NIÑO MÉNDEZ
Dir: CALLE 11 #9-19 INT 101, SAN GIL, SANTANDER Tel: 7242697 / 7235900
3112311090 - Email: LABORATORIOGRACIELA@HOTMAIL.COM

© JOTAFREX 2023

HELBERT FUENTES RAMÍREZ
NIT: 19420368 - 6
Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202
Cel: 3023216758
E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 759

Fecha: 23/02/2023 **Municipio:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 1101684353 **Nombre:** TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES **Edad:** 35 AÑOS 6
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 20/01/2021
Lugar del Último Examen: SOCORRO **Motivo Consulta:** PACIENTE USUARIO DE CORRECCIÓN OPTICA ASISTE A CONSULTA I

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGAPADRE HIPERTENSO
ANTECEDENTES PERSONALES	USUARUO DE CORRECCIÓN OPTICA HACE 5 AÑOS
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	2 HORAS FRRNTE A PANTALLAS POR TRABAJO
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PANTALLAS
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

REPORTA ARDOR OCULAR OCASIONAL AO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **HIPEREMIA CONJUNTIVA BULBAR DE ++**

OJO IZQUIERDO: **HIPEREMIA CONJUNRIVA BULBAR DE ++**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **EXCAVACIÓN 0.2, FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **EXCAVACIÓN 0.2, FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN 6 MESES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

1.SE DA CARBOXIMEILCELULOSA 0.5% APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS HASTA TERMINAR FRASCO.

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CASTRO NOVA JOSE LUIS

R. M.: 2283 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

P866V3B759

PACIENTE

Firma:

Nombre: TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES

CC: 1101684353

HELBERT FUENTES RAMÍREZ

NIT: 19420368 - 6

Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202

Cel: 3023216758

E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com

ORDEN A SERVICIOS

24	02	2023

N° Identificación:	CC 1101684353	Nombre del Paciente:	TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES	Edad:	35 AÑOS	EPS:	

CIE 10: [Z711] PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

R/.

1 [890208] CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA (1)

Código de Seguridad

E866K10Q4069

FUENTES RAMIREZ HELBERT EDISON

R.M. 1480200 - Firmado Electrónicamente.

TEST DE PERSONALIDAD

Numero de Intentos: 1 Fecha: jueves 23 febrero 2023

Tipo de Documento: Cedula de Ciudadania

Documento: 1101684353

Nombre: SERGIO ANDRES

Apellidos: TORRES MARTINEZ

Direccion: CALLE 21 No 10-20

Grupo Sanguineo: O+

Estado del Usuario: Apto



ITEM	VALOR
DELIRIUM	NO PADECE EL TRASTORNO
DEMENCIA	NO PADECE EL TRASTORNO
AMNESIA Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	NO PADECE EL TRASTORNO
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS	NO PADECE EL TRASTORNOTIENE
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	PREDISPOSICIÓN A SUFRIR EL TRASTORNO
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO PADECE EL TRASTORNO
CONTROL DE IMPULSOS	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	
Paranoide	NO PADECE EL TRASTORNO
Antisocial	NO PADECE EL TRASTORNO
Evitación	PREDISPOSICIÓN A SUFRIR EL TRASTORNO
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNO POR COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	NO PADECE EL TRASTORNO
TRASTORNOS RELACIONADOS POR SUSTANCIAS	
Alcohol	NO PADECE EL TRASTORNO
Sustancias psicoactivas	NO PADECE EL TRASTORNO
Inducido por medicamentos	NO PADECE EL TRASTORNO
APTITUD VERBAL Y NUMÉRICA	NIVEL BUENO (95% a 100%)

Observaciones:

Candidato según el test presenta algún tipo de trastorno de estado de ánimo (depresión, ansiedad y/o estrés). Se recomienda por valoración de psicología clínica y/o psiquiatría para valoración.

FIRMAS

Firma Evaluador

Firma Evaluado

.

Dina Marcela Pinto Ramírez.
Psicóloga – Especialista en Psicología Clínica.

FORMATO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL CONSULTANTE: Sergio Andrés Torres Martínez.
PROFESIÓN: Ingeniero de Software – Universidad Manuela Beltrán.
FECHA DE NACIMIENTO: 31 de julio de 1987.

FECHA DE INTERVENCIÓN: 03 de marzo de 2023 – 10:00 am.

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

El consultante verbaliza: "hace una semana presenté un test de personalidad que me indicaron dentro de los exámenes de salud ocupacional que me solicitaron para una oportunidad laboral, allí recomendaron dentro de las observaciones que debía ser valorado por un profesional en psicología clínica o psiquiatría, por eso solicito esta cita".

III. ANTECEDENTES RELEVANTES:

Familia nuclear compuesta por el consultante y la pareja, la comunicación, interacción y externalización de sentimientos y emociones es fluida, asertiva y permanente. Desempeña funciones como docente de secundaria desde hace 4 años, se encuentra culminando la formación posgradual (4 semestre de maestría). Gestiona tiempo y espacio para cambiar la rutina establecida durante la semana laboral, dado que según el consultante: "es necesario despejar la mente y recargar energía". No manifiesta cambios significativos en el estado de ánimo durante los últimos seis meses, tampoco antecedentes de alteraciones en la salud mental en integrantes del sistema familiar; que puedan conllevar, por predisposición genética, a desarrollar algún indicador clínico.

IV. ASPECTOS ABORDADOS:

Durante la valoración realizada con el consultante se desarrolló una entrevista semiestructurada centrada en abordar el contexto familiar, social, laboral y afectivo, esto con el objetivo de identificar indicadores clínicos que arrojen signos y síntomas de alarma frente a posible predisposición a episodios depresivos o de ansiedad. Así mismo, se indagó en las estrategias de afrontamiento que el consultante tiene para sobreponerse a eventos adversos, o que conlleven a elevados niveles de estrés, ansiedad o dificultad en la toma de decisiones. Se observan redes de apoyo sólidas, aplicación de técnicas de gestión emocional, estrategias de afrontamiento claras y disposición para aceptar las recomendaciones dadas. Durante la entrevista el consultante se muestra atento, coherente, consecuente y colaborativo.

Se realiza el cierre de la valoración recordando la relevancia de fortalecer las estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación y manejo del estrés que permitan mayor tranquilidad y seguridad en los avances frente a los procesos y objetivos personales que el consultante manifiesta.

V. CONCLUSIONES Y COMPROMISOS:

No se evidencian signos y síntomas de alarma que conlleven a indicadores clínicos que puedan generar alteración o afectación en la ejecución y desempeño de las funciones laborales, interacciones sociales o familiares del consultante.



Ps. Dina Marcela Pinto Ramírez.
Esp. En Psicología Clínica UPB.
T.P. 130639.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1101684353 realizó el día 03/04/2023 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 SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1101684353 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ** con **CC** No. **1101684353**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 02/03/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 10/03/2023 **Fecha fin de Contrato:** 08/09/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** PROFESORES DE UNIVERSIDADES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION SUPERIOR **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): 202301013268981.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SERGIO ANDRES TORRES MARTINEZ Identificado con CC 1101684353

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

Cuentamiga

Número:	24120652286
Fecha de apertura:	15 de Febrero de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 03 de Abril de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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:
BOGOTA, D.C.	CHICO	18	18-46-101017807	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
10	03	2023	10	03	2023	00:00	15	01	2024	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
TORRES MARTINEZ SERGIO ANDRES			C.C. :1,101,684,353
DIRECCIÓN: CL 21 B 750	CIUDAD: SOCORRO - SANTANDER		TELÉFONO: 3182266777

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: TRANSV 8 NO. 8A 50	CIUDAD: VELEZ - SANTANDER		TELÉFONO: 7563502
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.4711485 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD VIRTUAL Y/O PRESENCIAL EN EL ÁREA DE INTEGRACIÓN DE ENSEÑANZA, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, NORMATIVIDAD VIGENTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/03/2023	15/01/2024	$ 2,280,000.00

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	$ 2,280,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GHS SEGUROS LTDA	164154	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 TRANSVERSAL 19A NO 94A-19 - TELÉFONO: 6025434 - BOGOTA, D.C.

18-46-101017807
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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. 18-46-101017807, 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 BOGOTA, D.C., a los 10 días del mes de Marzo de 2023



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

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.18-46-101017807

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Sergio Andres Torres Martinez** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **1101684353,** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 24 de marzo del 2023

Cordial saludo,



CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional