SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**57503-540558**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAMES DOMINGUEZ ARAGON	**C.C.**	14.878.719	**IP/Nº de contacto**	3166803426
Correo electrónico contratista:	jdomingueza@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: 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** 24092973792

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: 5794154/2024 **Nº Compromiso SIIF** **16224**

Valor Total del Contrato	$ 26.942.122	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.942.122	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.476.577		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SER Y ACOMPAÑAMIENTO A PROYECTOS PRODUCTIVOS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN A POBLACIÓN CAMPESINA-CAMPESENA DEL CAB.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.953.309**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 984.436	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.953.309,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523	13.397,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.429.820,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Contractualcorrespondiente al mes de Febrero 2024
Evidencias del mes de Febrero 2024
Certificacion Bancaria_Examenes Medicos_Rut_Certicado de afiliacion EPS_Pension_ARL_Certificaco_SST_Discapacidad_Poliza
Certificado Afiliacion Seguridad Social Mes De Enero 2024

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.

JAMES DOMINGUEZ ARAGON
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,

HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ
INSTRUCTOR G08

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

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JAMES DOMINGUEZ ARAGON Identificado con CC 14878719

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

Cuentamiga

Número:	24092973792
Fecha de apertura:	21 de Marzo de 2019
Saldo disponible:	$909.61
Saldo total a la fecha:	$909.61
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 Servicio Nacional de Aprendizaje, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 13 de Enero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

CLINICA OFTALMOLOGICA DE BUGA

Fecha: 28/11/2023 9:35:33 a. m.

EVOLUCION

Paciente: JAMES DOMINGUEZ ARAGON **Entidad:** SURA EPS OPTOMETRIA

Documento No: 14878719 **Tipo Documento:** Cedula **Edad:** 64 **Teléfono:** 3165781901

Descripción

Dx Actual:

RX FINAL

OD +1.25-1.00*90 20/20
OI +1.75-1.00*90 20/20
ADD 2.75

BI O P
USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
CONTROL 1 AÑO

Fecha: 28/11/2023 9:35:33 a. m. ID: 6366

Julián David Ariza Daza
OPTOMETRA
C.C. 80.822.627
Reg. 3026CTNPO

JAMES DOMINGUEZ ARAGON

Firma del Paciente

JULIAN ARIZA

Firmado Digitalmente por el Dr.
Especialidad: / Documento No.80822627 /

Servicio : TOMA DE MUESTRAS PALM
Solicitud : 03052436
Paciente : JAMES DOMINGUEZ ARAGON
Identificación : 14878719
Convenio : GESENCRO S.A.S -SURAMERICANA EPS

Fecha Recepción: 2023-10-23 12:12:52
Fecha Impresión : 2023-10-30 11:26:13
Médico : BUGA ACOSTA BIOLAB ERNESTO
Edad/Sexo : 64 / M

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
GLUCOSA	**94.9**	mg/dl	74 - 106
Método: Hexoquinasa			
Menor de 90 años: 75 - 121 mg/dl			
Niños: 60 - 100 mg/dl			
Neonatos: 40 - 60 mg/dl			
CREATININA SERICA	**1.04**	mg/dL	
Hombres:			0.67 - 1.17
Mujeres:			0.51 - 0.95
Niños menores de 10 años:			0.34 - 0.53
Niños 11 -15 años:			0.44 - 0.77
Método: Enzimático			
Para seguimiento tener en cuenta cambio de método y valor de referencia			

Validado Por

LIGIA ROSA MENDOZA MANGA

UROANALISIS Y COPROANALISIS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61,884

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	03 MES	2022 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR INGRESO

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

PARTICULAR

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	
DOMINGUEZ ARAGON JAMES	MASCULINO	63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	14878719 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR LA MANIPULACION DE CARGAS, EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DE POSICION DE CUCLILLAS PROLONGADAS, EVITAR DESPLAZAMIENTO EN TERRERNOS IRREGULARES	PERMANENTE	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	TAMIZAJE CARDIOVARCULAR	✓
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BAJO RIESGO CARDIOVARCULAR
PARA EMITIR CONCEPTO DE APTITUD SE TUVO PRESENTE HEMOGRAMA, PERFIL LIPICO Y OPTOMETRIA

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Firma: 

Nombre: BARBOSA AYALA ADRIANA

R. M.: 762460 **L.S.O.:** 818/2015

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

CC: 14878719

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

Fecha: 17/03/2022

Identificación: CC: 14878719

Fecha Nacimiento: 15/12/1958

Cargo: INSTRUCTOR

Edad: 63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

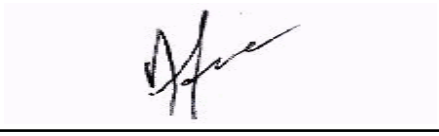
Dirección: CR 30 14 71

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, CONTINUAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y CONTROLES CON MÉDICO DE EPS POR PATOLOGÍA DE BASE

Médico



Firma:

Nombre: BARBOSA AYALA ADRIANA

R. M.: 762460 **L.S.O.:** 818/2015

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 3,570

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 17/03/2022 - 12:28 P. M. **Fecha Atención:** 17/03/2022 12:28:32p. m.

CC: 14878719 **Nombres y Apellidos:** DOMINGUEZ ARAGON JAMES **Fecha de Nacimiento:** 15/12/1958 **Edad:** 63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CR 30 14 71 **Teléfono:** 3165629004-ESP **Celular:** 3166803426

Entidad: PARTICULAR **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR SENA EMPRENDE RURAL **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

ASPECTO FAMILIAR

Unión libre **casado(a) X** **soltero(a)**:_____**viudo(a)**: **separado(a)**:_

Su esposa es empleada de la rama judicial, la pareja tiene un hijo de 25 años quien es ingeniero ambiental. Destaca dentro de su hogar la tranquilidad y la unión.

ASPECTO PERSONAL

Tres cualidades que lo definan: extrovertido, paciente y analítico

Sus pasatiempos favoritos: ver películas

Fuma: **SI**_____**NO**___x__, si la respuesta es **SI**, conque frecuencia:

Con que frecuencia consume alcohol: niega

Antecedentes personales: hipertensión, anticoagulado, cambio de válvula cardiaca hace 23 años

Antecedentes familiares: diabetes e hipertensión

ASPECTO ACADEMICO

Profesional en administración pública y especialista en gestión administrativa.

ASPECTO LABORAL

Empresa: SENA

Cargo: Instructor

Funciones: instructor del programa SER, fortalecimiento a las unidades productivas del campo y crecimiento empresarial.

Periodo: desde hace 15 años

Motivo de retiro: actualmente

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Algún familiar padece de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI**_____**NO** _x____

Usted padece o alguna vez ha tenido un cuadro de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico:**SI**_____**NO** __x____

CONCEPTO

Durante el proceso se muestra ubicado en tiempo y espacio, elocuente en su manera expresarse. Se destaca la seguridad en sí mismo, reconoce fácilmente sus fortalezas. Tranquilo, respetuoso en sus relaciones interpersonales.

Se evidencia en sus pruebas, ser sereno, centrado, con orientación al logro, reconoce las figuras de autoridad; aunque puede ser critica cuando no esté de acuerdo, metódico, organizado. En su escala de valores se destaca que la rectitud, verdad, paz, amor y no violencia, son para él todos de igual de importantes, es decir es respetuoso, siente empatía por el otro, resuelve los conflictos de forma pacífica, respeta las diferencias del otro.

Posee experiencia en la labor de docencia lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Yorli García C
Yorli García Calero
PSICÓLOGA / UNIVALLE
Especialista SST
Registro 765791
Tarjeta Profesional 103390
Licencia 1359

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

Firma:

Nombre: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

CC: 14878719

Servicio : TOMA DE MUESTRAS PALM
Solicitud : 03052436
Paciente : JAMES DOMINGUEZ ARAGON
Identificación : 14878719
Convenio : GESENCRO S.A.S. -SURAMERICANA EPS

Fecha Recepción: 2023-10-23 12:12:52
Fecha Impresión : 2023-10-30 11:26:13
Médico : BUGA ACOSTA BIOLAB ERNESTO
Edad/Sexo : 64 / M

UROANALISIS Y COPROANALISIS

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
CITOQUIMICO DE ORINA			
A- EXAMEN FISICO-QUIMICO ELECTRONICO			
Aspecto	**TRANSPARENTE**		Transparente
Color	**AMARILLO**		Amarillo
Densidad Urinaria	**1.015**		
pH urinario	**5.0**		5.0 a 7.0
Glucosa	**0 mg/dL**		
Proteinas	**0 mg/dL**		
Bilirrubinas	**0 mg/dL**		
Urobilinogeno	**Normal**		
Sangre	**0 Cell/uL**		
Cetonas	**0 mg/dL**		
Nitritos	**Negativo**		
Leucocitos	**0 Cell/uL**		
B- SEDIMENTO URINARIO			
Leucocitos	**0-1 x campo**	campo 40x	Escasos
Células epiteliales	**ESCASAS**	campo 40x	Escasas
Bacterias	**ESCASAS**	campo 40x	Escasas

Validado Por:



OLGA CECILIA AVILA MORENO
RP25-1088

GESENCRO S.A.S

Grupo de especialistas en manejo integral de enfermedades cronicas

NIT: 900.732.243-9

03052436

BIOLAB Diagnóstica S.A.S

NIT 900964776-8

Servicio : TOMA DE MUESTRAS PALM
Solicitud : 03052436
Paciente : JAMES DOMINGUEZ ARAGON
Identificación : 14878719
Convenio : GESENCRO S.A.S. -SURAMERICANA EPS

Fecha Recepción: 2023-10-23 12:12:52
Fecha Impresión : 2023-10-30 11:26:13
Médico : BUGA ACOSTA BIOLAB ERNESTO
Edad/Sexo : 64 / M

HEMATOLOGIA

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
HEMOGRAMA DE IV GENERACION			
Recuento Total de Leucocitos	**5.31**	X10^3/uL	4.5 - 11.0
Neutrofilos #	**3.14**		
Linfocitos #	**1.55**	X10^3/uL	1.0 - 4.0
Monocitos #	**0.57**		
Eosinofilos #	**0.04**		
Basofilos #	**0.01**		
Recuento Diferencial Leucocitos			
Neutrofilos	**59.0**	%	43.0 - 65.0
Linfocitos	**29.2**	%	20.0 - 50.0
Monocitos	**10.8**	%	5.50 - 11.70
Eosinofilos	**0.8**	%	0.90 - 2.90
Basofilos	**0.2**	%	0.20 - 1.00
Recuento Total de Eritrocitos	**6.09**	x10^6/uL	3.90 - 5.60
Hemoglobina	**16.5**	g/dl	11.5 - 16.5
Hematocrito	**51.7**	%	37.0 - 50.0
MCV	**85.0**	fl	86.0 - 97.0
MCH	**27.1**	pg	26.5 - 32.0
MCHC	**31.9**	g/dl	31.0 - 38.0
Ancho Dist. Eritrocitaria	**14.1**	%	11.5 - 15.0
Recuento de Plaquetas	**219**	x10^3/uL	150 - 400
Plaquetocrito	**0.179**	%	0.1 - 0.50
Volumen Plaquetario Medio	**8.2**	fl	7.0 - 11.0
Ancho Dist. Plaquetaria	**7.7**	%	10.0 - 15.0
Recuento Diferencial Manual (100x)			
Método: Citometria de flujo fluorescente			

Validado Por

JACKELINE RAMIREZ BARONA
29701762

QUIMICA

Powered by CamScanner

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61,884

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	03 MES	2022 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR INGRESO

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

PARTICULAR

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	
DOMINGUEZ ARAGON JAMES	MASCULINO	63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	14878719 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR LA MANIPULACION DE CARGAS, EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DE POSICION DE CUCLILLAS PROLONGADAS, EVITAR DESPLAZAMIENTO EN TERRERNOS IRREGULARES	PERMANENTE	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	TAMIZAJE CARDIOVARCULAR	✓
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BAJO RIESGO CARDIOVARCULAR
PARA EMITIR CONCEPTO DE APTITUD SE TUVO PRESENTE HEMOGRAMA, PERFIL LIPICO Y OPTOMETRIA

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Firma: 

Nombre: BARBOSA AYALA ADRIANA

R. M.: 762460 **L.S.O.:** 818/2015

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

CC: 14878719

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

Fecha: 17/03/2022

Identificación: CC: 14878719

Fecha Nacimiento: 15/12/1958

Cargo: INSTRUCTOR

Edad: 63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

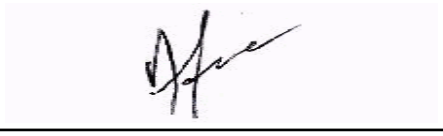
Dirección: CR 30 14 71

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, CONTINUAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y CONTROLES CON MÉDICO DE EPS POR PATOLOGÍA DE BASE

Médico



Firma:

Nombre: BARBOSA AYALA ADRIANA

R. M.: 762460 **L.S.O.:** 818/2015

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 3,570

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 17/03/2022 - 12:28 P. M. **Fecha Atención:** 17/03/2022 12:28:32p. m.

CC: 14878719 **Nombres y Apellidos:** DOMINGUEZ ARAGON JAMES **Fecha de Nacimiento:** 15/12/1958 **Edad:** 63 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CR 30 14 71 **Teléfono:** 3165629004-ESP **Celular:** 3166803426

Entidad: PARTICULAR **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR SENA EMPRENDE RURAL **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

ASPECTO FAMILIAR

Unión libre **casado(a) X** **soltero(a)**:_____**viudo(a)**: **separado(a)**:_

Su esposa es empleada de la rama judicial, la pareja tiene un hijo de 25 años quien es ingeniero ambiental. Destaca dentro de su hogar la tranquilidad y la unión.

ASPECTO PERSONAL

Tres cualidades que lo definan: extrovertido, paciente y analítico

Sus pasatiempos favoritos: ver películas

Fuma: **SI**_____**NO**___x__, si la respuesta es **SI**, conque frecuencia:

Con que frecuencia consume alcohol: niega

Antecedentes personales: hipertensión, anticoagulado, cambio de válvula cardiaca hace 23 años

Antecedentes familiares: diabetes e hipertensión

ASPECTO ACADEMICO

Profesional en administración pública y especialista en gestión administrativa.

ASPECTO LABORAL

Empresa: SENA

Cargo: Instructor

Funciones: instructor del programa SER, fortalecimiento a las unidades productivas del campo y crecimiento empresarial.

Periodo: desde hace 15 años

Motivo de retiro: actualmente

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Algún familiar padece de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI**_____**NO** _x____

Usted padece o alguna vez ha tenido un cuadro de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico:**SI**_____**NO** __x____

CONCEPTO

Durante el proceso se muestra ubicado en tiempo y espacio, elocuente en su manera expresarse. Se destaca la seguridad en sí mismo, reconoce fácilmente sus fortalezas. Tranquilo, respetuoso en sus relaciones interpersonales.

Se evidencia en sus pruebas, ser sereno, centrado, con orientación al logro, reconoce las figuras de autoridad; aunque puede ser critica cuando no esté de acuerdo, metódico, organizado. En su escala de valores se destaca que la rectitud, verdad, paz, amor y no violencia, son para él todos de igual de importantes, es decir es respetuoso, siente empatía por el otro, resuelve los conflictos de forma pacífica, respeta las diferencias del otro.

Posee experiencia en la labor de docencia lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Yorli García C
Yorli García Calero
PSICÓLOGA / UNIVALLE
Especialista SST
Registro 765791
Tarjeta Profesional 103390
Licencia 1359

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

Firma:

Nombre: DOMINGUEZ ARAGON JAMES

CC: 14878719

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730237992

(415)7707212489984(8020) 000001473023799 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 4 8 7 8 7 1 9	1 9 7 7 0 3 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DOMINGUEZ	ARAGON	JAMES	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
ASESORIAS Y TRANSITO	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CR 30 14 A 71

42. Correo electrónico: jamesdominguezaragon@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 0 6 0 2 0 1	7 0 2 0	1 9 9 9 0 3 2 3	8 2 1 1				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 12 / 07 : 36: 10

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DOMINGUEZ ARAGON JAMES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14730237992

(415)7707212489984(8020) **000001473023799 2**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Oficina 0 8	Actividades de consultoría de gestión 7 0 2 0	

162. Nombre del establecimiento: ASESORIAS Y TRANSITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1	

165. Dirección: CR 17 9 05

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

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

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_1132350

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso	
Afiliado	CC 14878719 JAMES DOMINGUEZ ARAGON
Tipo de cotizante	3 Independiente
Salario Base	$ 1,800,000
Fecha de ingreso	15/01/2024
Fecha de radicación	15/01/2024 03:04:02 p.m.
Código de Transacción	170730856
Resultado delIngreso	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 01/2024

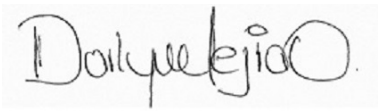
Fecha de generación 15/01/2024

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAMES DOMINGUEZ ARAGON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14878719,** se encuentra afiliado/a desde **13/09/1994** 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 13 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHasaldarr	ANA LUZMILA SALDARRIAGA GARCES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	2024-01-31-5:20 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1224 de fecha 2024-01-12. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	16124	**Fecha Registro:**	2024-01-31	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:** 0,00
Valor Inicial:	26.942.122,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual:**	26.942.122,00	**Saldo x Obligar:** 26.942.122,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	14878719	**Razón Social:**	JAMES DOMINGUEZ ARAGON	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	24092973792	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	14897229	**Nombre:**	ALBETH MARTINEZ VALENCIA	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.5794154	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2024-01-31

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
912438 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - EMPRENDE RURAL	C-3603-1300-19-708020-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL	Nación	10	CSF		26.942.122,00	0,00		
					Total:	26.942.122,00	0,00	26.942.122,00	26.942.122,00

Objeto:	INSTRUCTOR: Prestación servicios de carácter temporal para orientar formación profesional integral como instructor SENA del programa de SER y acompañamiento a proyectos productivos como parte de la atención a población campesina-CampeSENA del CAB.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-02-29	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-03-29	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-04-30	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-05-31	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-06-28	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-07-31	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-08-30	148.852,00	148.852,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Abdul Shekt Garcia
Coordinador Administrativo CAB

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHasaldarr	ANA LUZMILA SALDARRIAGA GARCES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	2024-01-31-5:20 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1724 de fecha 2024-01-12. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	16224	**Fecha Registro:**	2024-01-31	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:** 0,00
Valor Inicial:	19.946.101,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual:**	19.946.101,00	**Saldo x Obligar:** 19.946.101,00

TERCERO ORIGINAL

Identificacion: Cedula de Ciudadanía	14878719	**Razón Social:**	JAMES DOMINGUEZ ARAGON	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	24092973792	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	14897229	**Nombre:**	ALBETH MARTINEZ VALENCIA	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.5794154	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**Fecha:**	2024-01-31

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
912438 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - EMPRENDE RURAL	C-3602-1300-10-20308E-3602035-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL NACIONAL	Nación	10	CSF		19.946.101,00	0,00		
					Total:	19.946.101,00	0,00	19.946.101,00	19.946.101,00

Objeto:	INSTRUCTOR: Prestación servicios de carácter temporal para orientar formación profesional integral como instructor SENA del programa de SER y acompañamiento a proyectos productivos como parte de la atención a población campesina-CampeSENA del CAB.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-08-30	4.316.693,00	4.316.693,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-09-30	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-10-31	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-11-29	4.465.545,00	4.465.545,00	NINGUNO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-12-31	2.232.773,00	2.232.773,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Abdul Shekt Garcia
Coordinador Administrativo CAB

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 31/01/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 94394545
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 94394545	MAURICIO GOMEZ FAJARDO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	128	01/02/2024	CC 14878719	DOMINGUEZ ARAGON JAMES	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

79CEA2181604C3D65D03C5A89E110D78 Certificado impreso el día 1/31/2024 5:49:07 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JAMES
DOMINGUEZ ARAGON
14878719

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Hace constar:

Que el Sr(a) JAMES DOMINGUEZ ARAGON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14878719 realizó el día 05/02/2024 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 JAMES DOMINGUEZ ARAGON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14878719 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) JAMES DOMINGUEZ ARAGON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14878719 el día 05/02/2024 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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101003910	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
31	01	2024	01	02	2024	00:00	15	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
DOMINGUEZ ARAGON JAMES			C.C. :14,878,719
DIRECCIÓN: KR 31 NRO. 14 A - 04	CIUDAD: BUGA - VALLE		TELÉFONO: 3166803426

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5794154 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE SENA EMPRENDE RURAL - SER Y ACOMPAÑAMIENTO A PROYECTOS PRODUCTIVOS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN DIFERENCIAL A POBLACIÓN CAMPESINA-CAMPESENA DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2024	15/04/2025	$ 4,688,822.30

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,557.73	$ 8,000.00	$ 5,805.97	$ 36,363.70	$ 4,688,822.30	CONTADO

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

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

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

52-46-101003910
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101003910, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en TULUA, a los 31 días del mes de Enero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 52461010039100

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DOMINGUEZ ARAGON JAMES C.C. C.C. :14,878,719

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES CON SETENTA CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003910

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003910 - 0 - 0	$ 22,557.73	$ 8,000.00	$ 5,805.97	$ 36,363.70

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,363.70
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,363.70
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 52461010039100

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: DOMINGUEZ ARAGON JAMES C.C. C.C. :14,878,719

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES CON SETENTA CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101003910

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101003910 - 0 - 0	$ 22,557.73	$ 8,000.00	$ 5,805.97	$ 36,363.70

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 36,363.70
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 36,363.70
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.52-46-101003910

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO