

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA		Código Regional	19			
			Código Centro	930710			
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024			
			Versión	ENERO 2024 - 1,24			
		ID de Proceso	32844-807948				
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos contratista:		ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ		C.C.	10.300.885		
Correo electrónico contratista:		aftobar@sena.edu.co		IP/N° de contacto	221214		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO		
		Es declarante de renta?		NO	Es Pensionado?	NO	
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Inducción SST	SI		
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO			
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS		
		N° Cuenta		86878365323			
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO			
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° del contrato:		5838073/2024		N° Compromiso SIIF	13524		
Valor Total del Contrato		\$ 40.934.163		N ° Pago	1		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 40.934.163		Periodo objeto de pago	Del 31/01/2024 Al 31/01/2024		
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 40.189.905		Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Informática y Desarrollo de Software, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 744.258		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 744.258		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 275.219		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Enero		Diciembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	275.219,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	744.258,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL		\$ 6.800		\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208		\$ -	Reteica - 300	1.489,00	0,200%
\$ 186.064		\$ -		\$ -		0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916		\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -			
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 91.740			
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	VALOR A PAGAR	\$742.769,00	
SON: SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Jornada de aistamiento, preparacion ficha 2774317 animacion digital, planeacion pedagogica, guias de aprendizaje.							
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.						 ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						n/a	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;						Firmado digitalmente por Olga Lucia Hoyos Astudillo	
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.						Fecha: 2024.02.17 00:08:52 -05'00'	
						OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO INSTRUCTOR	
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							
HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR							
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

PAGADO 05/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ		
Documento	CC10300885	Dirección	CL 5 #20 - 26 SEGUNDO PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3162531169
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	POPAYAN	Departamento	CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SG	LMC	AVC	AVP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 10300885	ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ	59	00	X																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.544.000	\$ 247.100	(ESSC62) ASMET SALUD	\$ 1.544.000	\$ 193.000	0,522	\$ 1.544.000	\$ 8.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 448.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.544.000	\$ 1.544.000	\$ 1.544.000	\$ 0	\$ 247.100	\$ 193.000	\$ 8.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 448.200	\$ 0	\$ 448.200

Página 1 de 1

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.





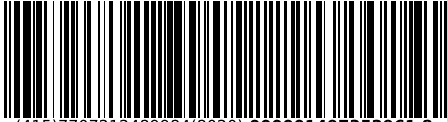
Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-12-05, 03:31:34 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2023
Empresa	ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 10300885
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	67454386
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	319630784
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 448.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 247.100	\$ 0
N900935126	ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	1	\$ 193.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 8.100	\$ 0
SubTotales:				\$ 448.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 448.200



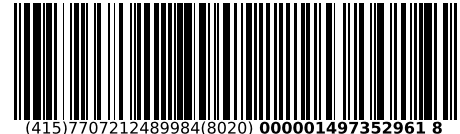
		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14973529618			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 103008855				6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Popayán	
14. Buzón electrónico 17							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 10300885		27. Fecha expedición 20020115	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Cauca		30. Ciudad/Municipio Popayán		001	
31. Primer apellido TOBAR		32. Segundo apellido RAMIREZ		33. Primer nombre ANDRES		34. Otros nombres FÉLIPE	
35. Razón social							
36. Nombre comercial ANDRESTOBAR DISEÑADOR GRÁFICO				37. Sigla AFTR DG			
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cauca		40. Ciudad/Municipio Popayán		001	
41. Dirección principal CL 5 20 26							
42. Correo electrónico afrdesing@gmail.com							
43. Código postal 190002				44. Teléfono 1 3162531169		45. Teléfono 2 3163420292	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7410	47. Fecha inicio actividad 20060501	48. Código 8551	49. Fecha inicio actividad 20060116	50. Código 1 59129005	2 51. Código 3471	1	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2024 - 01 - 18 / 12 : 03: 34	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN 				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario 14973529618  (415)7707212489984(8020) 000001497352961 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 0 0 8 8 5 5		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Popayán		14. Buzón electrónico 1 7	
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				Composición del Capital			
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 9				82. Nacional %	
72. Número						83. Nacional público %	
73. Fecha						84. Nacional privado %	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3				85. Extranjero %	
76. Fecha de registro		2 0 0 7 0 1 0 3				86. Extranjero público %	
77. No. Matrícula mercantil		0 0 0 0 0 9 3 1 0 4				87. Extranjero privado %	
78. Departamento		1 9					
79. Ciudad/Municipio		0 0 1					
Vigencia							
80. Desde							
81. Hasta							
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				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
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							

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14973529618



(415)7707212489984(8020) 000001497352961 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 0 8 8 5 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Actividades especializadas de diseño 7 4 1 0
162. Nombre del establecimiento ANDRES TOBAR DISEÑADOR GRAFICO	
163. Departamento Cauca 1 9	164. Ciudad/Municipio Popayán 0 0 1
165. Dirección CL 5 # 20-26	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 9 3 1 0 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 7 0 1 0 3
168. Teléfono 3 1 6 2 5 3 1 1 6 9	169. Fecha de cierre

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

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



MINISTERIO DEL TRABAJO

Popayán, 25 de enero del 2024

LA MEDICA OCUPACIONAL DE LA REGIONAL CAUCA

CERTIFICA

Que luego de revisar el examen médico ocupacional de ingreso del o la contratista ANDRES FELIPE TOBAR identificado (a) con cedula de ciudadanía número 10300885 se determina **sin defecto físico ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada**

VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Licencia de salud ocupacional 12510-10-2018

Dirección Regional Cauca
Dirección calle # 2-80, Ciudad Popayán . - PBX 57 601 546150



@SENAComunica

www.sena.edu.co



Certificado No.
SC-CER038681-1

Certificado No.
CO-SC-CER039081-1

GD-4-011 V.08



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
al servicio del trabajador y su familia

NIT, 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: lps@comfacaucac.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 115.061

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	01 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL				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)							
TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC	10300885
Cargo							
INSTRUCTOR DE ANIMACION DIGITAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: APTO PARA EL CARGO. NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS.							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓	AUDIOMETRIA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DEL COVID-19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL				SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, BALANCEADA, EJERCICIO CONSTANTE, TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS. CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO INTEGRAL DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL				SVE CARDIOVASCULAR		HACER DEPORTE	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		NO FUMAR	
				SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRESENTA CONDICIONES CLINICAS DE ORIGEN COMUN, NO ASOCIADA A CAUSAL DE RESTRICCION LABORAL PREVIA O ACTUAL. MANEJO Y SEGUIMIENTO EN SU EPS.							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER				Nombre: TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE			
R. M.: 6860/89				L.S.O.: 03069/16			
Código de Seguridad				K670Q1W115061 CC: 10300885			



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauc
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: lps@comfacauc.com

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES		Atención N°: 34992
Fecha: 05/01/2024	Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO		Eps: ASMET - SALUD
CC: 10300885	Nombre: TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE	Edad: 40 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 16/05/1983	Empresa: PARTICULARES	Ocupacion: INSTRUCTOR DE ANIMACION DIGITAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES					
Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	REFIERE
CIRUGIA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLIGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDIFONOS	REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA			
Descanso auditivo(Horas):	Realizó re test: NO	Uso Cabina Sonoamortiguada: SI	
Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 116		F. Ultima Calibración: 2023-03-15	

☐ Via aerea del OD ☒ Via aerea del OI
☒ Via osea del OD (sin enmascarar OI) ☐ Via osea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	NORMAL
Oído izquierdo:	NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	5	5	5	10	5	10
VAOI	15	10	5	5	5	10	5	5

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
8.75	6.25

SEVERIDAD - CAOHC				
Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)		Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)		
Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	NO APLICA	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones
SE REALIZA VALORACIÓN CON TODO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) SE OBTIENE
IDX. SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA
R. M.: 655365 L. S. O.: _____



Código de Seguridad
N670T2Z34092

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE
CC: 10300885

CAROLINA MALDONADO GOMEZ

NO SOMOS AUTORETENEDORES, , ICA ACTIVIDAD 4774

TARJETA PROFESIONAL 37,558,175

CRA 9 No 7 66 BARRIO SAN CAMILO Tel: 6028221630 cel: 3155144895 POPAYAN

HISTORIA CLINICA COMPLETA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ Identificación: CC 10300885 Edad 40 Genero: M
Fecha de Nacimiento: 18/05/1983 Estado civil Soltero (a) Escolaridad: Profesión: ANIMADOR 3D
Domicilio: CALLE 5 20 26 Ciudad: POPAYAN Teléfonos: 3162531169
EPS: ASMED SALUD ARP:
Acompañante: ACUDE SIN RESPONSABLE Parentesco: SIN RESPONSABLE

Fecha Examen: 05/01/2024 Profesional: CAROLINA MALDONADO GOMEZ Ultimo Control 1 AÑO

Motivo de Consulta: CONTROL USA GAFAS ULTIMO CAMBIO HACE 1 AÑO

Antecedentes Personales: ASMA: SALBUTAMOL

Agudeza Visual VISION LEJANA OD: 20/150 V. PROXIMA OD: 20/50
Sin Corrección: OI: 20/150 OI: 20/20

Examen Externo: PAQUIMETRIA OD: 527 OI: 523

Fondo de ojo: APARENTEMENTE NORMAL

Keratometría: MERIDIANO1 MERIDIANO2 EJE ASTIG. CORNEAL OTROS HALLAZGOS

DERECHO:	44.50	45.12	118	-0.62	
IZQUIERDO:	44.62	45.25	90	-0.63	

Retino / Subjetivo : TIPO OJO ESF. CIL. EJE ADD AV NOTAS
RETINO ESTATICA DERECHO + 0.25 1.25 120 0.00
RETINO ESTATICA IZQUIERDO 0.00 1.50 85 0.00
SUBJETIVO SIN CICLOPEGIA DERECHO + 0.25 1.25 0.00 20/50
SUBJETIVO SIN CICLOPEGIA IZQUIERDO 0.00 1.50 85 0.00 20/20

RX Final: OJO ESFERA CILINDRO EJE ADICION AV

DERECHO:	+0.25	- 1.25			20/50
IZQUIERDO:	N	- 1.50	85		20/20

Lentes Formulados: OD: DURAVISION PLATINUM UV BLUEGUARD

Dp: 62 MM

OI: DURAVISION PLATINUM UV BLUEGUARD

Biomicroscopia: OD: ESTRUCTURAS APARENTEMENTE NORMAL

OI: ESTRUCTURAS APARENTEMENTE NORMAL

Test de Color: OD: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL

OI: ISHIHARA: TRICROMATISMO NORMAL

DIAGNOSTICOS:

Ojo: AMBOS H522 ASTIGMATISMO

Conducta: SE DA GAFAS

Dr. CAROLINA
MALDONADO GOMEZ
TARJETA PROFESIONAL 37,558,175
CAROLINA MALDONADO GOMEZ
TARJETA PROFESIONAL 37,558,175


FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE: Sr.ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ
DOCUMENTO: CC.10300885
EMPRESA: PARTICULAR CIUDADES INTERMEDIAS SUROCC
DOCTOR: LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

REFERENCIA: 81207385
FECHA INGRESO: 6.Ene.2024 7:08 a. m.
SEDE: SYNLAB POPAYAN RIALAB
EDAD-SEXO: 40 Años - Masculino

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia (Glucosa):	95.2 mg/dL	70 100 mg/dL

Esta prueba fue procesada en: Laboratorio Clínica Estancia Popayan
Hora de toma: Basal

Técnica: Glucosa Hexoquinasa

OBSERVACIONES: NOTA: ESTA PRUEBA FUE REALIZADA EN UN LABORATORIO CLINICO EXTERNO, SELECCIONADO Y EVALUADO POR EL LABORATORIO SYNLAB

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2022.

Valores esperados:

- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 - 125mg/dL indicativos de Pre-diabetes
 - Valores iguales o mayores a 126mg/dL, se debe confirmar Diabetes Mellitus.
- (Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1)S17–S38).

Analizado por,

CARLOS ROBERTO ESPITIA LEON
BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P.:1095804573

Copiado: CREL

Fecha de Validación: 9/Ene 2024 10:45

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]



Profamilia

Certificado Nacional de vacunación

Súmale puntos a la vida
Vacúnate y previene



Nombre

Andres Felipe Toba Kommer

No. Documento

10300885

Fecha nacimiento

18/05/1983

Teléfono/Celular

Súmale puntos a la vida, vacúnate y previene.

Nombre de la vacuna	Fecha de aplicación	Lote y fecha de vencimiento de la vacuna	Nombre o firma del vacunador
Hepatitis B	1 Dosis	09.01.24	235HBV0008
	2 Dosis	09-02-24	
	3 Dosis		
	1 Dosis		
	2 Dosis		
	3 Dosis		
	1 Dosis		
	2 Dosis		
	3 Dosis		
	1 Dosis		
	2 Dosis		
	3 Dosis		

PROFAMILIA PC AYAN

Responsable No. 6417

Tel: 8 200662 - 8 200669

Single Adult dose.

Composition:

Each 1.0 mL contains

Purified HBsAg 20.0 µg

Aluminium Hydroxide Gel
equivalent to Al⁺⁺⁺ 0.50 mg

Thiomersal(as preservative) 0.05 mg

Phosphate Buffer q.s. to 1.0 mL

Recombinant HBsAg Produced in
Pichia pastoris.

Dosage and Administration:

1.0 mL for Intramuscular use only.

Refer Literature for further information.

Batch No.:

23GHB4008

Mfg. Date:

JUL 23

Exp. Date:

JUN 26

1.0 mL
Hepatitis B Vaccine (rDNA) B.P.

Elovac-B[®]

For Intramuscular use only

WARNING :

To be sold by retail on the prescription of a
Registered Medical Practitioner only



Store between +2°C and +8°C.

Do not freeze.

Discard vaccine if frozen.

SHAKE WELL BEFORE USE

Manufactured & Marketed by:

Human Biologicals Institute

(A Division of Indian Immunologicals Limited)

Rakshapuram, Gachibowli P.O.,

Hyderabad - 500 032, India.

™ Trademark

Mfg. Lic. No. : 02/RR/AP/2005/V/R

PLL0264/02/13



Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10300885 realizó el día 10/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10300885 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.

ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ
CC:10300885



Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10300885 el día 10/02/2024 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



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 se evidenció que, **ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ** identificado con CC No. **10300885**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de afiliación: 15/07/2023 Fecha de inicio de cobertura: 04/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 03/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/10/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR

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): 202401012305756.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

Certificado Bancario

Domingo, 21 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ identificado(a) con CC 10300885, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86878365323	2012/01/16	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS Asmet Salud MRC

La EPS Asmet Salud, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 10300885
Apellidos:	TOBAR RAMIREZ
Nombres:	ANDRES FELIPE
Tipo de discapacidad:	No aplica
Plan de salud:	MRC
Tipo de afiliado:	Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/01/2024
Departamento de Afiliación:	CAUCA
Municipio de Afiliación:	POPAYÁN
Zona:	Urbana

IPS de atención de primer nivel

IPS	Dirección	Servicio
SIEMPREE IPS SAS	CALLE 11 N # 9-94	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.

Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad.

En constancia se firma el 11 de Febrero de 2024 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos Asmet Salud

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

www.asmet.salud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

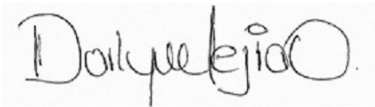
Sede Nacional: Cra. 4 No. 18N-46
Teléfono: (57) (2) 8312000
Popayán - Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES FELIPE TOBAR RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10300885**, se encuentra afiliado/a desde **31/01/2014** 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 20 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejía 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



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN POPAYAN			SUCURSAL POPAYAN			COD.SUC 40	NO.PÓLIZA 40-44-101060861	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
31 01 2024	29	01	2024	00:00	01 03 2025	23:59	EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL TOBAR RAMIREZ, ANDRES FELIPE	IDENTIFICACIÓN CC: 10.300.885
DIRECCIÓN: CL 5 NRO. 20 - 26	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO: 3162531169

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA	IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 9 NRO. 71 N - 60	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA TELÉFONO 8245910

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.5838073, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL, A DISTANCIA O VIRTUAL; EN LOS PROGRAMAS DE TITULADA REGULAR, DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO DEL SENA REGIONAL CAUCA, PERTENECIENTE AL AREA O RED DE CONOCIMIENTO: INFORMATICA Y DESARROLLO DE SOFTWARE, SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, EN EL O LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA DONDE SE LE ASIGNE POR LA ENTIDAD CONTRATANTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	29/01/2024	01/03/2025	\$4,093,416.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****17,809.00	\$ *****8,000.00	\$ *****4,903.00	\$ *****30,712.00	\$ *****4,093,416.30	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101060861

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR
Andrés Felipe Tobar Ramírez



PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. _40-44-101060861 SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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 SUJECCIÓN 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 TÍTULO 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 OCACIONEN 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 OCACIONADOS 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.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGUROESTADO 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 DECLATORIA 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



EFFECTO 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, PREVALECEERÁN 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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN POPAYÁN A LOS TREINTA Y UN DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO DOS MIL VEINTICUATRO.



7709998021167005339669

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000053396698

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
31/01/2024 02:58p.m.				
RECIBIMOS DE:	TOBAR RAMIREZ ANDRES FELIPE			CC. 10.300.885
LA SUMA DE:	Treinta mil setecientos doce pesos . *****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000053396698			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
POPAYAN-44-101060861-0-1	\$25,808.00		\$4,904.00	\$30,712.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 30,712.00			EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 30,712.00 OTROS: \$30,712.00	
TRANSACCION: 0005339669			TOTAL: \$30,712.00	
CAJERO: PAGUESTADO				