SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE - SERVICIOS PRES

Código Regional	**76**
Código Centro	**931110**
Fecha Elaboración	**21 de febrero de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**95070-480399**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUMBERTO OLAVE CUENCA	**C.C.**	16.763.617	**IP/Nº de contacto**	22830
Correo electrónico contratista:	holave71@misena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 6424168392

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1357422/2020 **Nº Compromiso SIIF** **19020**

Valor Total del Contrato	$ 22.815.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.815.800	**1**	**Del**	**10/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 2.314.174,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.501.626		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.314.174		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.314.174**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.537.631**		**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	----------	**9402897182**	Valor Base retención en la fuente	1.537.631,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 925.670	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.050.174,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 115.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 148.200	$ 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 I	$ 4.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	11.571,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 512.544		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.302.603,00**	

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GUIA SERVICIO AL CLIENTE DISICO S.A. 24 HORAS
GUIA LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO FUNGANE 20 HORAS
GUIA SERVICIO AL CLIENTE DISICO 12 HORAS
GUIA MERCADEO Y VENTAS LADERA 15 HORAS

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.

HUMBERTO OLAVE CUENCA
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,

HENRY MARTINEZ CORTES
INSTRUCTOR G18

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

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OLAVE CUENCA HUMBERTO** identificado(a) con **CC** número **16.763.617** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de agosto de 1994 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

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

2020011715132

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado HUMBERTO OLAVE CUENCA identificado con CC-16763617 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Enero 16 de 2020.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

16763617

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14673002934

(415)7707212489984(8020) 000001467300293 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 6 7 6 3 6 1 7	6	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACION

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 6 7 6 3 6 1 7	1 9 8 7 0 7 3 1

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLAVE	CUENCA	HUMBERTO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 8 C 46 61 AP 203 A UR TORRES DE ALCALA I BRR TEQUENDAMA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
holave01@hotmail.com		5 5 3 5 2 6 6	3 0 0 2 7 3 5 4 5 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 5 2 3	2 0 1 9 0 2 2 0	4 9 2 3	2 0 1 3 0 3 0 6		7 0 1 0	4 7 2 9

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 1 9 1 2 0 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OLAVE CUENCA HUMBERTO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.HUMBERTO OLAVE CUENCA**	**REFERENCIA:**	**129017632**
DOCUMENTO:	**CC.16763617**	**FECHA ATN:**	**20.Dic.2019 06:53 a.m.**
EMPRESA:	**ENFERMEDAD GENERAL UBA TEQUENDAMA**	**SEDE:**	**LIMONAR**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Masculino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
Colesterol HDL	**57**	mg/dl	40 - 60 mg/dl	
Técnica:Enzimática				
Fracción VLDL	**15**	mg/dl	Menor de	30 mg/dl
Fracción LDL	**134**	mg/dl	Optimo	< 100 mg/dl
			Casi óptima	100 - 129 mg/dl
			Moderado	130 - 159 mg/dl
			Elevado	160 - 189 mg/dl
			Muy Elevado	> 190 mg/dl
Indice Arterial	**3.6**		Menor de	4

Analizado por,

Kathe Gomez

ANNY KATHERINE GOMEZ BARROSO
BACTERIOLOGA DE PROCESO T.P:03416
Copiado:DDLH

Fecha de Validación:20/Dic/2019 14:53

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

VIGILADO Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.HUMBERTO OLAVE CUENCA**	**REFERENCIA:**	**129017632**
DOCUMENTO:	**CC.16763617**	**FECHA ATN:**	**20.Dic.2019 06:53 a.m.**
EMPRESA:	**ENFERMEDAD GENERAL UBA TEQUENDAMA**	**SEDE:**	**LIMONAR**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Masculino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2017, Valores esperados:
- Glucosa normal en ayunas: menor de 100 mg/dL
- Glucosa a las 2 horas con carga de 75 gramos: menor de 140 mg/dL

Triglicéridos	**76**	mg/dl	Normal:	Menor de 150 mg/dl
			Límite alto:	150 - 199 mg/dl
			Alto:	200 - 499 mg/dl
			Muy alto:	Mayor o Igual a 500 mg/dl

Técnica:Colorimétrica

Analizado por,

Kathe Gomez

ANNY KATHERINE GOMEZ BARROSO
BACTERIOLOGA DE PROCESO T.P:03416
Copiado:AKGB

Fecha de Validación:20/Dic/2019 14:52
**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 3]*

vigilado Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.HUMBERTO OLAVE CUENCA**	**REFERENCIA:**	**129017632**
DOCUMENTO:	**CC.16763617**	**FECHA ATN:**	**20,Dic,2019 06:53 a.m.**
EMPRESA:	**ENFERMEDAD GENERAL UBA TEQUENDAMA**	**SEDE:**	**LIMONAR**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Masculino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol Total	**206** mg/dl	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Técnica:Colorimétrica		
Creatinina en Sangre	**0.94** mg/dl	0.73 - 1.18 mg/dl
Técnica:Enzimática		
Glicemia en Ayunas	**103** mg/dl	70 - 100 mg/dl Vlr, Referencia para grupos Especiales: Prematuros: 20 - 60 mg/dl
Técnica:Hexoquinasa		

Analizado por,

Kathe Gomez

ANNY KATHERINE GOMEZ BARROSO
BACTERIOLOGA DE PROCESO T.P:03416
Copiado:AKGB

Fecha de Validación:20/Dic/2019 14:52

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico* [Página 2]*

VIGILADO Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.HUMBERTO OLAVE CUENCA**	**REFERENCIA:**	**129017632**
DOCUMENTO:	**CC.16763617**	**FECHA ATN:**	**20.Dic.2019 06:53 a.m.**
EMPRESA:	**ENFERMEDAD GENERAL UBA TEQUENDAMA**	**SEDE:**	**LIMONAR**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Masculino**

BIOQUIMICA URINARIA

ESTUDIO URINARIO

MUESTRA

Color	Amarillo Claro
Aspecto	Claro

ANALISIS FISICO QUIMICO

Densidad	1.021
PH	6.0
Proteinas	Negativo
Glucosa	Negativo
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Sangre	Negativo
Nitritos	Negativo
Urobilinogeno	1mg/dL mg/dl
Leucocitos	Negativo

ANALISIS MICROSCOPICO

Células Epiteliales	Negativo
Células Altas	Negativo
Leucocitos	0-2 xcampo
Eritrocitos Eumorfos	Negativo
Eritrocitos Dismorfos	Negativo
Bacterias	Escasas
Mucus	Escaso
Cilindros Granulosos	Negativo
Cilindros Leucocitarios	Negativo
Cilindros Eritrocitarios	Negativo
Cilindros Hialinos	Negativo
Cristales Uratos Amorfos	Negativo
Cristales Fosfatos Triples	Negativo
Cristales Oxalato de Calcio	Negativo
Cristales Fosfatos Amorfos	Negativo
Cristales de Acido Urico	Negativo
Hifas	Negativo
Levaduras	Negativo
Trichomonas	Negativo
Espermatozoides	Negativo
Acúmulo de leucocitos	Negativo

Analizado por,

DEIRA NAYITH CASTILLO AGUALIMPIA
BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P:35696533
Copiado:DNCA

Fecha de Validación:20/Dic/2019 17:12

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 5]*

VIGILADO Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.HUMBERTO OLAVE CUENCA**	**REFERENCIA:**	**129017632**
DOCUMENTO:	**CC.16763617**	**FECHA ATN:**	**20.Dic.2019 06:53 a.m.**
EMPRESA:	**ENFERMEDAD GENERAL UBA TEQUENDAMA**	**SEDE:**	**LIMONAR**
DOCTOR:	**MEDICOS EXTERNOS**	**EDAD-SEXO:**	**50 Años - Masculino**

PRUEBAS ESPECIALES

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Antigeno Prostático Específico (PSA)	**1.97** ng/mL	0.00 - 3.50 ng/mL

Técnica: Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

Nota: El punto en el resultado y los valores de referencia indica el decimal. Los valores se informan con 3 cifras decimales.

Analizado por,

DIANA M. DE LA HOZ GOMEZ
Bacteriologa T.P:27475
Copiado:DDLH

Fecha de Validación:20/Dic/2019 14:59
**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 4]*

VIGILADO Supersalud

FechaRegistro: 05-ago-19

HISTORIA CLINICA VISUAL - CONTACT VISION

NombrePaciente:	HUMBERTO		OLAVE	CUENCA		CC:	16763617
Edad:	50	Sexo:	F	Estado Civil:	1	TEL F:	
EntidadRemitente:		EPS:		ARP:		TEL C:	
Dirección:		Ocupación:					

ANAMNESIS

Tiene Cx refractiva sospecha de glaucoma y lo envio en oftalmologo, Ap-, af-, Aq-, necesita el examen para un C.V paquimetria y oct, ultimo control mas de un año

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PATOLOGICOS
ninguno	ninguno

RX EN USO TIPO DE LENTE

OJO DERECHO	ESF	CYL	EJE	OJO IZQUIERD	ESF	CYL	EJE
VISION LEJOS				VISION LEJOS			
VISION CERCA	+1,25			VISION CERCA	+1,25		
ADICION (ADD)				ADICION (ADD)			

RX CON AV OD-OI

AGUDEZA VISUAL (AV)

OJO DERECHO				OJO IZQUIERDO			
VL SC:	VL CC:	VP SC:	VP CC:	VL SC:	VL CC:	VP SC:	VP CC:
20/20		1.5 M	1. M	20/25		1.5 M	1. M

SegmentoAnterior:

Motilidad Ocular : VL: orto | VP: orto | PPC: 8 cm

SubjetivoOD: | **SubjetivoOI:**

ADICION (ADD) **Subjetivo ADD:** | **TipoLente:** | **Filtro**

OftalmoscopiaOD:	normal	OftalmoscopiaOI:	normal
QueratometriaOD:	41,25/41,00x90	QueratometriaOI:	41,25/41,00x90
RetinoscopiaOD:	Neutro	RetinoscopiaOI:	Neutro
DiagnosticoOD:	Presbita	DiagnosticoOI:	Presbita

OBSERVACIONES - REMISIONES Y ANEXOS

tiene presbicia control en un año

Conducta:

Dra. Adriana Bohórquez R.
Optometra
Especialista Salud Ocupacional
Reg. 20716 - TP 044
Lic. S.O. 0616

Fec.Remi-Control 05/08/2019

PREVENIR
PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL ASESORES



NOMBRE DEL PACIENTE	HUMBERTO OLAVE CUENCA	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 16763617	**EDAD**	47 AÑO(S) 9 MES(ES) 13 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	
DIRECCIÓN	CLL 8 C N 46-61	**MUNICIPIO**	CALI

HISTORIA AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL

Fecha De Atención: 23/02/2017

Información

Cargo
Instructor

Antiguedad
Ingreso

Reposo auditivo
Si

Hora exámen
07:47

Equipo
Maico - ma - 41

Calibración
Septiembre 2015

Cabina
Ok

Audiocups
Ok

Antecedentes Personales

OTOLÓGICOS		QUIRÚRGICOS		EXTRALABORALES	
Otalgia	No	Cirugía de oído	No	Tejo	No
Otitis	No	Timpanoplastia	No	Moto	No
Otorrea	No	Cirugía de cabella y cuello	No	Música alto volumen	No
Otorragia	No	Otros	No	Walkman, ipod, mp3, mp4	No
Prurito	No			Servicio militar	No
Sensación de oído tapado	No			Polígono	No
Vértigo	No			Otros	No
Tinnitus	No				
Hipoacusia subjetiva	No				
Otros	No				
TRAUMÁTICOS		**PATOLÓGICOS**		**HEREDITARIOS**	
Trauma craneoencefálico	No	Hipertensión arterial	No	Familiares con problemas auditivos	No
Trauma directo	No	Diabetes	No		
Trauma acústico	No	Paroditítis	No		
Otros	No	Sarampión	No		
		Rubeola	No	**TÓXICOS DEL NERVIO ACÚSTICO**	
		Rinitis - sinusitis	No	Tóxicos industriales	No
		Alteraciones de tiroides	No	Fármacos	No
		Otros	No		

Antecedentes Laborales

Ruido laboral
No

Otoscopia

Pabellón Auricular

	OD	OI
Normal	☒	☒

Conducto Auditivo Externo

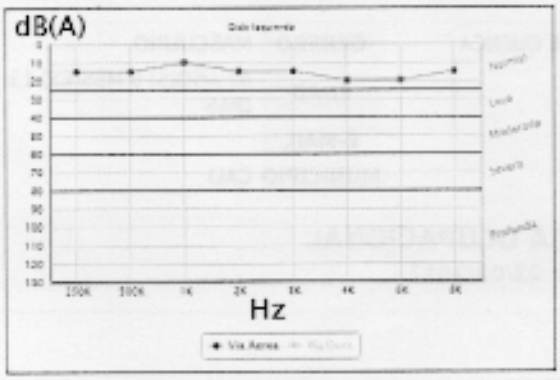
	OD	OI
Normal	☒	☒

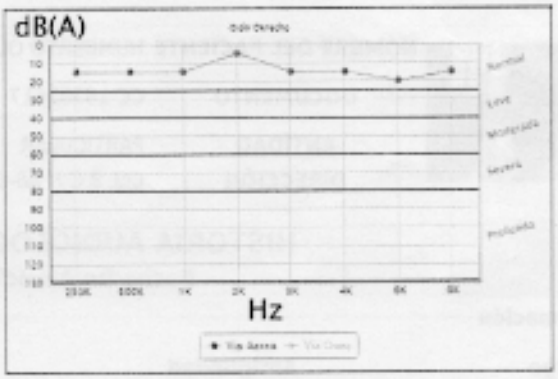
Membrana Timpánica

	OD	OI
Normal	☒	☒

Audiograma

CALLE 7 # 29 - 55 Of 210 - Cali, Valle del Cauca, CALI -Telefono(s): 3703703 - 5574588 , Nit: 805003840-4, E-mail(s): direccion.operativa@prevenirsas.com





PTA (5123)			
OD	11.6666666667	**OI**	13.3333333333

Impresión Diagnóstica

Bilateral
AudiciÓn normal bilateral

Clasificación diagnóstica
1

Recomedaciones

Recomendaciones
Control Según PVE, Elemento de Protección Auditiva Según PVE

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
PROFESIONAL : ALEJANDRA LOPEZ SIERRA	**NOMBRE :** HUMBERTO OLAVE CUENCA
ESPECIALIDAD : FONOAUDIOLOGA	**DOCUMENTO :** 16763617
REGISTRO MEDICO : REG. 188080 18 JUN 1992	

CALLE 7 # 29 - 55 Of 210 - Cali, Valle del Cauca, CALI, -Teléfono(s): 3703703 - 5574588 , Nit: 805003840-4, E-mail(s): direccion.operativa@preventrisas.com

PREVENIR
PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL ASESORES



PACIENTE	HUMBERTO OLAVE CUENCA			**DOCUMENTO**	CC 16763617
FECHA DE EXAMEN	2017-02-23 07:10:00	**EDAD**	47 AÑO(S) 9 MES(ES) 13 DIAS	**ENTIDAD**	PARTICULAR
CARGO	INSTRUCTOR	**EPS**	COOMEVA	**ARL**	
TIPO DE EXAMEN	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Paraclinicos Y Laboratorios

Nombre del Examen	Fecha Realización

Laboratorio	Fecha
Historia clinica audiometrica	23/02/2017
Historia clinica optometrica	23/02/2017
Glicemia basal	23/02/2017
Perfil lipidico	23/02/2017
Cuadro hematico	23/02/2017
Parcial de orina	23/02/2017

Concepto

Apto, Cumple Con Los Requerimientos Medicos Del Cargo

Recomendaciones

Recomendaciones medicas
USO DE EPP, EDUCACIÓN POSTURAL, HACER PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA, EJERCICIO REGULAR

Especialidad
No

Otras restricciones
No

Sistemas de vigilancia epidemiologica a que debe pertenecer
ERGONOMICO, VISUAL, ALTURAS

Otras recomendaciones
Estilos de vida saludable auto cuidado

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
O. Giraldo	
PROFESIONAL : OSCAR GIRALDO TABORDA	**NOMBRE :** HUMBERTO OLAVE CUENCA
ESPECIALIDAD : MEDICO	**DOCUMENTO :** 16763617
REGISTRO MEDICO : LICENCIA EN S.O. 00107 / 14 ABRIL /08	

CALLE 7 # 29 - 55 Of 210 - Cali, Valle del Cauca, CALI. -Telefono(s): 3703703 - 5574588 , Nit: 805003840-4, E-mail(s): direccion.operativa@prevenirsas.com

Hace constar:

Que el Sr(a) HUMBERTO OLAVE CUENCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16763617 realizó el día 18/02/2020 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 HUMBERTO OLAVE CUENCA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16763617 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 - SENA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

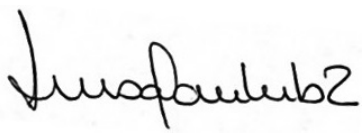
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor HUMBERTO OLAVE CUENCA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 16.763.617, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2020 y fecha fin de contrato 09/09/2020 con riesgo 1.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101322686.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Viernes, 17 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HUMBERTO OLAVE CUENCA identificado(a) con CC 16763617, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	06424168392	2005/10/28	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos
Bancolombia

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101007053	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
10	02	2020	10	02	2020	00:00	10	01	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	OLAVE CUENCA HUMBERTO			Identificación:	16763617
Dirección:	CL 52 NRO. 2 BIS - 15	Ciudad:	CALI - VALLE	Teléfono:	4315800

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SENA REGIONAL VALLE			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 52 # 2 BIS 15	Ciudad:	CALI - VALLE	Teléfono:	4315800

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCONTR.1357422 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL A LOS APRENDICES DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DURANTE LA VIGENCIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/02/2020	10/01/2021	$ 2,281,580.00

OBSERVACIONES:

	Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
	$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 2,281,580.00	10/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	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 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2180377

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101007053, 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 CALI, a los 10 días del mes de Febrero de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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.

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.