SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**59255-968172**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MILTON FABER MORALES MARIN	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	14.799.457	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mfmoralesm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24103734912
IP/Nº de contacto:	3174681122	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6391930/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**154224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 25.155.904
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 25.155.904
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.690.359

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.190**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
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 pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 873.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
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 - GUADALAJARA D	13.397,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	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

Se anexa informe contractual del mes de junio

Se anexa planilla de Seguridad Social mes de mayo No. 1063424101

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

MILTON FABER MORALES MARIN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

LILIANA URRIAGO FONTAL
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
ALBETH MARTINEZ VALENCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

12/06/24 14:17:32 USUARIO: SIC - C.C. 14799457

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-05-31, 05:15:08 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2024
Empresa	MILTON FABER MORALES MARIN
CEDULA CIUDADANIA	CC 14799457
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8802336856 / 1063424101
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 527.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 285.800	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 223.300	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 18.700	$ 0
		SubTotales:		$ 527.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 527.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14799457
NOMBRES Y APELLIDOS	Morales Marin,Milton Faber
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Morales Marin,Milton Faber, a los 10 días del mes de junio del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILTON FABER MORALES MARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14799457,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2013** 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 10 de junio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14509455071

(415)7707212489984(8020) 000001450945507 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 7 9 9 4 5 7	2	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

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 7 9 9 4 5 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	MARIN	MILTON	FABER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal: CL 17 A 34 25 BRR ENTRE RIOS

42. Correo electrónico: miltonmorales.juridico@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 4 6 8 1 1 2 2	3 0 1 3 7 1 0 0 7 0

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
6 9 1 0	2 0 2 0 0 1 0 2	7 0 2 0	2 0 1 2 1 0 1 2		8 5 2 3	8 5 4 2	2 4 2 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
4 9																									

53. Código

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 - 13 / 16 : 58: 29

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 MORALES MARIN MILTON FABER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ
Especialistas en Salud Ocupacional y Medicina Laboral
Licencia Salud Ocupacional Resolución 1.220-54
Número 1559 de 4 de agosto de 2022

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 22 de enero de 2024 **HISTORIA CLINICA N° 17123**

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] EGRESO [ ]

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: MILTON FABER MORALES MARIN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **T.I** [ ] **C.C** [X] **C.E** [ ] **N°** 14.799.457
EDAD: 39 AÑOS
EMPRESA: SENA
CARGO: INSTRUCTOR

EVALUACIONES REALIZADAS

Osteomuscular [X] Optometría [X] Audiometría [ ]
Espirometría [ ] Psicotécnico [X] PsicoSensometrico [ ]
Rx: [X] ELECTROCARDIOGRAMA Laboratorio Clínico: [X] GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - PARCIAL DE ORINA - HEMOGRAMA

CONCEPTO DE APTITUD

El servicio médico ocupacional brindado en la Unidad de Salud Ocupacional La Gámez, por médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen realizado, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en este certificado:

	SI	NO
Existen restricciones para el desempeño de tareas a realizar	[ ]	[X]
Desviación en la condición previa de salud	[ ]	[ ]

Con relación a su ingreso se retira	ASINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO
	[ ]	[ ]

RECOMENDACIONES, RESTRICCIONES Y OBSERVACIONES

Trabajador no presenta alteraciones osteomusculares, que interfieran en el desarrollo de las funciones inmersas en el cargo descrito.
Recomiendo uso de elementos de protección personal según riesgo laboral.
Cumplir con el programa de pausas activas de acuerdo a lo establecido en el SG-SST empresarial.
Adhesión total y estricta a protocolos de bioseguridad contenidos en la normatividad colombiana vigente.
No presenta alteraciones visuales o cardiovasculares.
Pruebas Psicotécnicas normales.
Laboratorios sin alteraciones.

DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que todos los datos que he suministrado son ciertos y que no he omitido información relevante con respecto a mi condición de salud, diagnósticos anteriores o actuales, síntomas, limitaciones físicas o mentales, ni antecedentes patológicos laborales. Acepto que los hallazgos en esta valoración médica sean dados a conocer a mi empleador en caso de interferir con el desempeño de mi labor. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Lesby Alexandra Gómez Gómez

MEDICO OCUPACIONAL
Registro Médico Nº 761474-06

Milton Faber Morales

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C 14799457

HISTORIA OPTOMÉTRICA OCUPACIONAL

EMPRESA: SENA FECHA: 22-01-2024

NOMBRE: Milton Faber Morales Marin

C.C. 14.799.457 OCUPACIÓN: Instructor EDAD: 39

1. **ANAMNESIS**

PRIMERA VEZ SI ☐ NO ☒ ULTIMO EXAMEN VISUAL Junio 2023

USA RX VEZ SI ☐ NO ☒ GAFAS ☐ LENTES ☐ PERMANENTE ☐

Rx EN USO OD _____ ADD _____

OI _____ BASE _____ N/A

2. **ANTECEDENTES PERSONALES**

HTA ☐ DIABETES ☐ TRIGLICÉRIDOS ☐ OTROS —

PTERIGIO ☐ GLAUCOMA ☐ CX OCULAR OTROS Niega

3. **ANTECEDENTES LABORALES (FACTORES DE RIESGO)**

FÍSICOS: RADIACIONES (UV-IR) ☐ SOLDADURA ☐ FUNDICIÓN ☐ ILUMINACIÓN ☐ CALOR ☒

QUÍMICOS: POLVO ☒ HUMO ☐ LÍQUIDOS ☐ GASES Y/O VAPORES ☐

FISICO-QUIMICOS: MADERA ☐ PAPEL ☒ TEXTILES ☐ SUSTANCIAS INFLAMABLES ☐ METAL ☒

ELÉCTRICOS: APARATOS ELÉCTRICOS ☒

BIOLÓGICOS: MATERIAL DE LABORATORIO ☐ SECCIONES ☐ OTROS Luz Solar

ERGONÓMICOS: FIJACIÓN PERMANENTE ☒ OTROS Luz Artificial

OBSERVACIONES Brillo de pantalla

4. **SÍNTOMAS ACTUALES**

MALA VISIÓN LEJOS ☐ CANSANCIO ☐ CEFALEA ☐ —

MALA VISIÓN CERCA ☐ LAGRIMEO ☐ PRURITO ☐ —

ENROJECIMIENTO ☐ ARDOR ☐ SECRECIÓN ☐

DESVIACIÓN OCULAR ☐ FOTOFOBIA ☐ RESEQUEDAD ☐

5. **EXAMEN**

AGUDEZA VISUAL

SC ☒	LEJOS OD	20/20	CC ☐	LEJOS OD	
	OI	20/20		OI	
	CERCA OD	0.50		CERCA OD	
	OI	0.50		OI	

EXAMEN EXTERNO Normal

ESTADO MOTOR

CT ||| VL ||| VP ||| PPC

OFTALMOSCOPIA

OD N/A

REFRACCIÓN

OD AV

OI N/A

SUBJETIVO (RX FINAL)

OD OI

ADD N/A

VISION CROMATICA

OD Normal OI Normal

ESTEREOPOSIS 40" Emetrope

DIAGNOSTICO Vision Normal

CONDUCTA

RECOMENDACIÓN Valoracion en 6 meses

Dr. Nolberto Varela Urre.
OPTOMETRA
-U. LA SALLE
REG. 14[illegible]

FIRMA OPTOMETRA

LABORATORIO CLINICO MAGALI ALVAREZ
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Cra 36-#26-63, Tulua Valle
Celular 318 4250687

PACIENTE:	Milton Faber Morales Marín		
IDENTIFICACIÓN:	14.799.457	**FECHA NACIMIENTO:**	11-07-1989
FECHA EXAMEN:	Enero-22-2024	**EDAD:**	39 años
ORDEN:		**SEXO:**	masculino

ANALISIS

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA	103	60-100 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	134	MENOR DE 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	84	HASTA 150 MG/DL
COLESTEROL HDL	50	MUJERES 45-65 mg/dl HOMBRES 35-55 mg/dl
COLESTEROL VDL	17	20-30 mg/dl
COLESTEROL LDL	69	HASTA 150 mg/dl
INDICE ARTERIAL	2.0	HASTA 5.0

OBSERVACIONES:

Magali Álvarez López TP 19973

LABORATORIO CLINICO MAGALI ALVAREZ
Universidad Metropolitana de Barranquilla
Cra 36 #26-63, Tulua Valle
Celular 318 4250687

PACIENTE:	Milton Faber Morales Marín		
IDENTIFICACIÓN:	14.799.457	**FECHA NACIMIENTO:**	**11-07-1989**
FECHA EXAMEN:	Enero-22-2024	**EDAD:**	**39 años**
ORDEN:		**SEXO:**	**masculino**

EXAMEN **RESULTADO** **VALORES DE REFERENCIA**

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO:

COLOR: **Amarillo**

ASPECTO: **ligeramente turbio**

EXAMEN QUIMICO:

UROBILINOGENO: **Negativo**

BILIRRUBINA: **Negativo**

PROTEINAS: **Negativo**

CETONAS: **Negativo**

DENSIDAD: **1.020**

PH: **6.5**

GLUCOSA: **Negativo**

LEUCOSITOS: **Negativo**

ERITROCITOS: **Negativo**

NITRITOS: **Negativo**

EXAMEN MICROSCOPICO:

Células epiteliales: 0-2xc bacterias: + Leucocitos: 0-2xc Levaduras:

Magali Álvarez López TP 19973

ciclaboratorios sas
más que resultados

01320823

Solicitud : 01320823
Identificación : CC 14799457
Fecha Recepción : 2024-01-22 16:29:27
Fecha Impresión : 2024-01-22 20:08:42.
Edad/Sexo : 34 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 11/07/1989

Paciente : MILTON FABER MORALES MARIN
Convenio : MAGALY ALVAREZ
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL				
Técnica : Citometría de Flujo				
Estudio Eritrocitario				
Recuento de Eritrocitos	**4.82**	x10^6 /uL	V. Ref. Niños: 4.0 - 6.10 x10^6/mm3 Hombres: 3.80 - 5.20. x10^6/mm3 Mujeres: 3.80- 5.20 x10^6/mm3	
Hemoglobina	**14.4**	gr/dl	Niños: 12.3 - 17.5. gr/dl Hombres: 14.0 - 17.5. gr/dl Mujeres: 12.3 - 15.3. gr/dl	
Hematocrito	**45.0**	%	Niños: 37.0 - 52.0 % Hombres: 42.0 - 52.0 % Mujeres: 37.0 - 47.0 %	
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	**93.4**	fL	80.0	100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Medio)	**29.9**	pg	27.0	33.5
MCHC (Concent Hemoglob Corpuscular)	**32.0**	gr/dl	33.0	37.0
RDW-CV (Ancho de Distrib de Eritrocitos)	**13.4**	%	11.0	16.0
Estudio Leucocitario				
Recuento de Leucocitos	**6.05**	x10^3 /uL	5.0	10.0
Recuento Diferencial (Relativo)				
% Polimorfo Nucleares Neutrofilo	**44.3**	%	40.0	74.0
% Linfocitos	**47.5**	%	19.0	48.0
% Monocitos	**5.0**	%	3.40	10.0
% Polimorfo Nucleares Eosinofilos	**2.3**	%	0.0	7.0
% Polimorfo Nucleares Basofilos	**0.9**	%	0.0	1.5
Recuento Diferencial (Absoluto)				
Polimorfo Nucleares Neutrófilos	**2.69**	x10^3 /uL	1.90	7.6
Linfocitos	**2.87**	x10^3 /uL	0.9	5.2
Monocitos	**0.30**	x10^3 /uL	0.1	1.0
Polimorfo Nucleares Eosinófilos	**0.14**	x10^3 /uL	0.00	0.80
Polimorfo Nucleares Basófilos	**0.05**	x10^3 /uL	0.00	0.20
Estudio Plaquetario				
Recuento de Plaquetas	**287**	x10^3 /uL	150	400
Volumen Plaquetario Medio	**11.0**	fL	5	10
Plaquetocrito	**0.316**	%		

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MDEzMjA4MjM=

URL: https://validadorqr.ciclaboratorios.com/

ciclaboratorios sas
más que resultados

01320823

Solicitud : 01320823
Identificación : CC 14799457
Fecha Recepción : 2024-01-22 16:29:27
Fecha Impresión : 2024-01-22 20:08:42.
Paciente : MILTON FABER MORALES MARIN
Edad/Sexo : 34 A / MASCULINO
Convenio : MAGALY ALVAREZ
Fecha Nacimiento : 11/07/1989
Medico/Area : NA / AMBULATORIO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
Ancho Distribucion Plaquetaria	**14.6**		

Recuento Diferencial (Método Manual En Lámina Confirmatorio) .

Fecha / Hora Validado : 2024-01-22 / 18:11

ADRIANA MARCELA HERNANDEZ DIAZ

* La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico*

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código:
MDEzMjA4MjM=

URL: https://validadorqr.ciclaboratorios.com/



UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ
Especialistas en Salud Ocupacional y Medicina Laboral
Licencia Salud Ocupacional Resolución 1.220-54
Número 1559 de 4 de agosto de 2022

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 21 de enero de 2024

REPORTE DE ELECTROCARDIOGRAFÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: MILTON FABER MORALES MARIN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **T.I** [ ] **C.C** [X] **C.E** [ ] **N°** 1.116.274.729
EDAD: 26

OBSERVACIONES

RITMO: SINUSAL **FC:** 62 **EJE:** +90° **VOLTAJE:** NORMAL

MORF. ONDA P: NORMAL **INTERVALO PR:** 160 **COMPLEJO QRS:** 80 **ST:** **T:**

QT: 360 MS **RS:** **EXTRASÍSTOLES:** NO

HIPERTROFIA: **BLOQUEOS:** NO

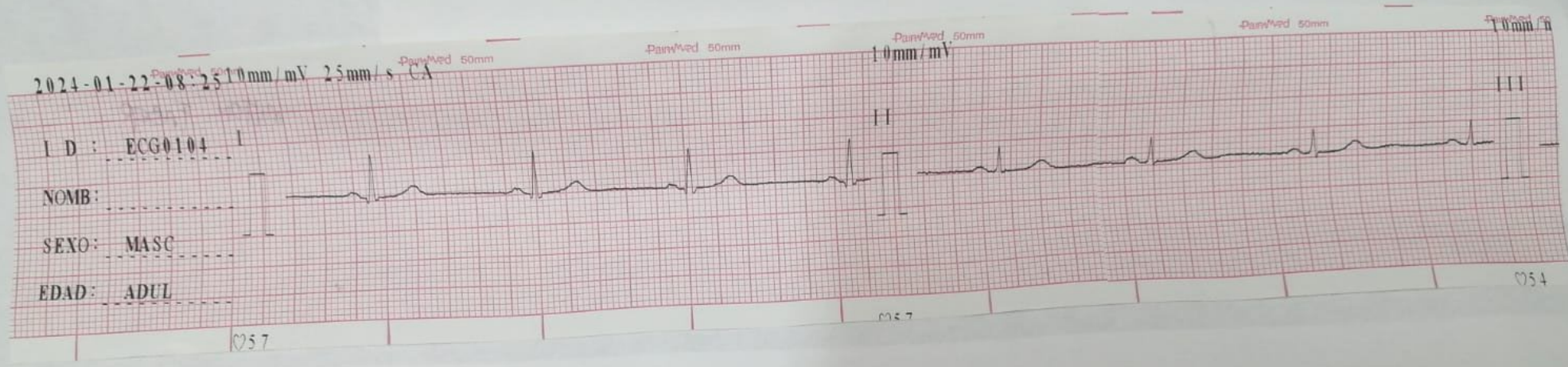
INTERPRETACIÓN

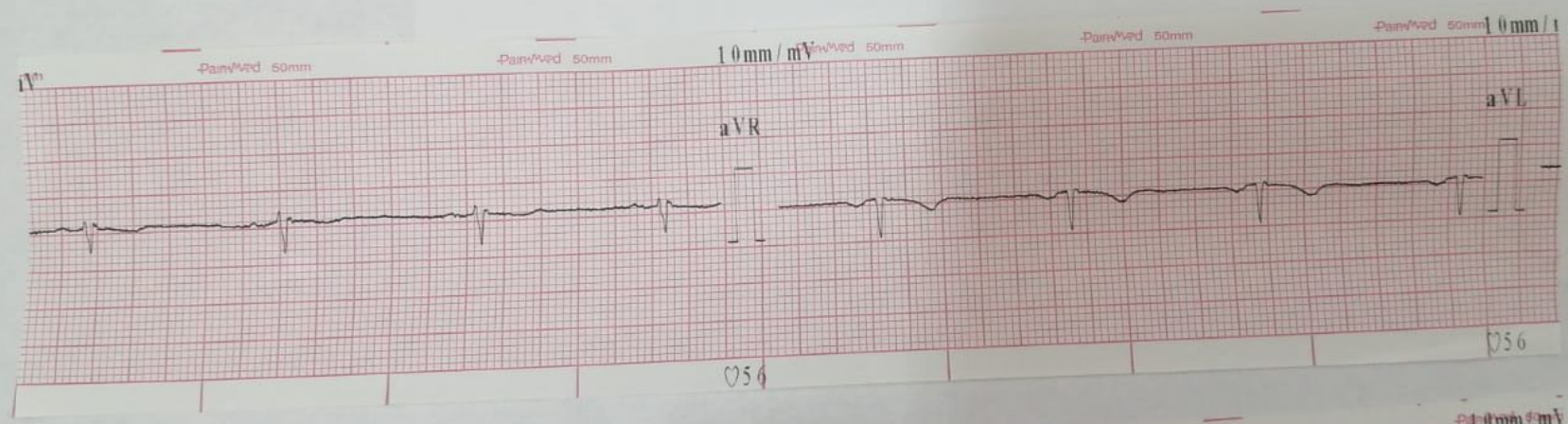
Trazo Normal

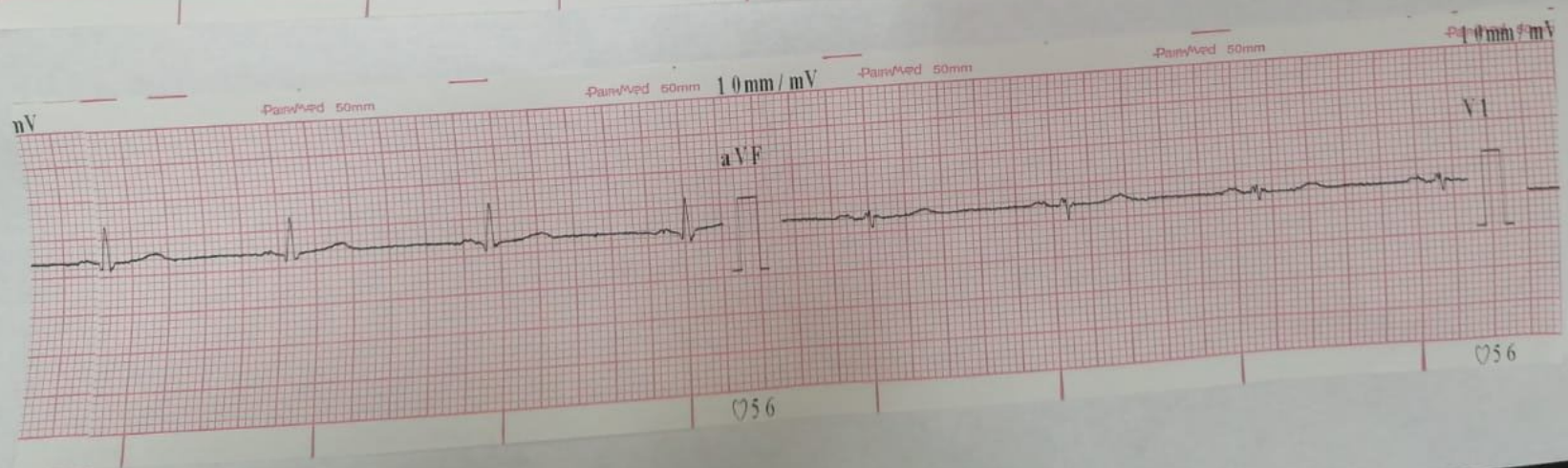
DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que todos los datos que he suministrado son ciertos y que no he omitido información relevante con respecto a mi condición de salud, diagnósticos anteriores o actuales, síntomas, limitaciones físicas o mentales, ni antecedentes patológicos laborales. Acepto que los hallazgos en esta valoración médica sean dados a conocer a mi empleador en caso de interferir con el desempeño de mi labor. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

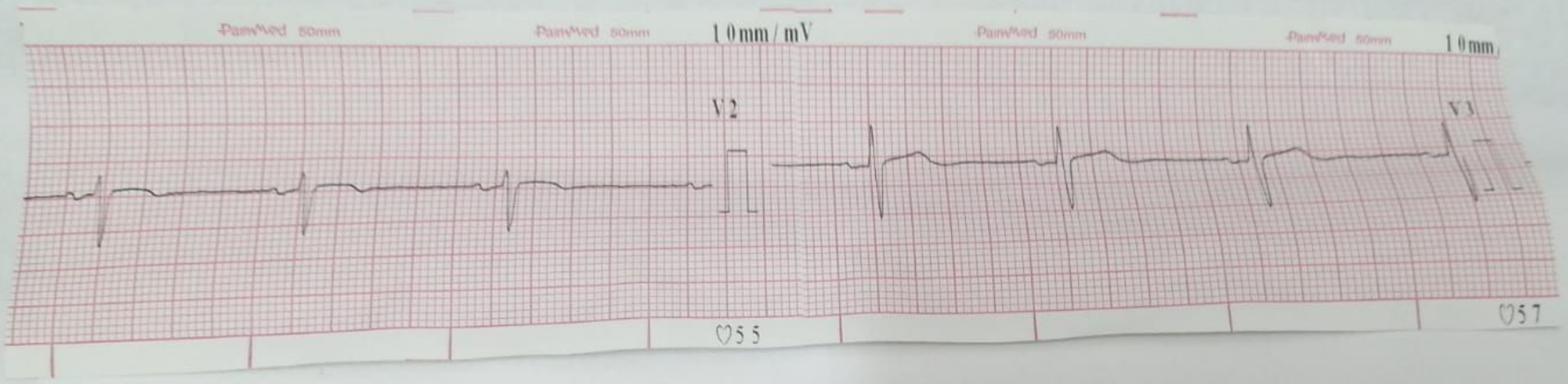
Unidad de Salud Ocupacional
LA GAMEZ S.A.S
Nit. 901.275.726-7
Calle 27 No. 36-01 Tel. 224 4335
LM14799785

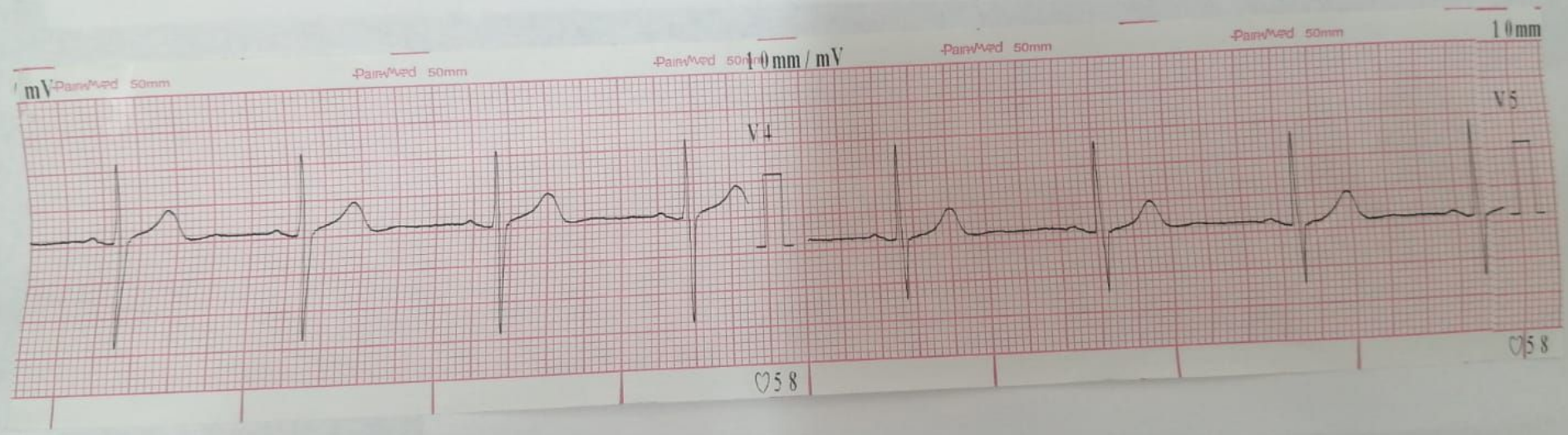
FIRMA PROFESIONAL
WILLIAM MILLÁN
R.M 14799785

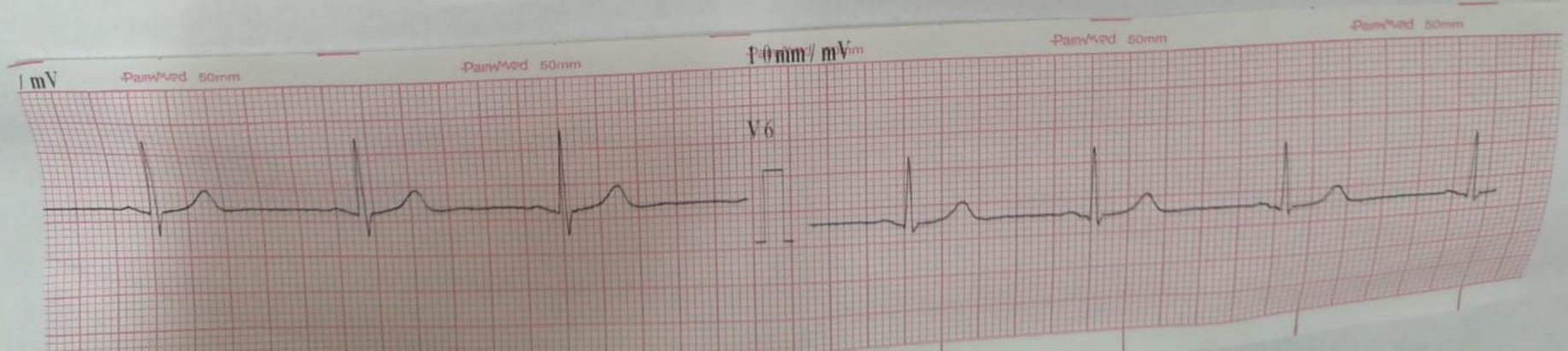

2024-01-22-08:25 10mm/mV 25mm/s CA
ID: ECG0104
NOMB:
SEXO: MASC
EDAD: ADUL
10mm/mV
II
III
♡57
♡54

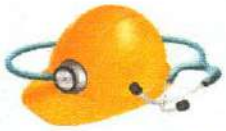

10mm/mV
aVR
aVL
♡56
♡56


10mm/mV
aVF
V1
♡56
♡56


10mm/mV
V2
V3
♡55
♡57


10mm/mV
V4
V5
♡58
♡58


1mV
10mm/mV
V6



Unidad de Salud Ocupacional La Gámez

Lesby Alexandra Gámez González

Médico Especialista En Salud Ocupacional y Medicina Laboral

LIC. SALUD OCUPACIONAL N° 000105

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INGRESO LABORAL

Fecha: Enero 22 de 2024
Nombres y Apellidos: Milton Faber Morales Marín
Lugar y fecha de nacimiento: Tuluá 11 de julio de 1984
Estado civil: casado
Documento de identidad: 14.799.457
Profesión u oficio: Profesional en salud ocupacional.
Cargo al que se postula: INSTRUCTOR
Empresa: SENA
Nuevo en la empresa o está vinculado: 5 años de vinculación por prestación de servicios
Dirección de residencia: Calle 17 A N° 34-25 B/ Entre Ríos, Tuluá V.
N° de hijos: 01
Pruebas aplicadas: Entrevista Psicológica; **Test:**WARTEGG, EhrigWartegg; ÁRBOL, Carl Cochk. DFH, Karen Machover; T.A.T, Henry A. Murray; MINIMENTAL, Marshal F. Folstein, SusanFolstein, Paul R. Mc Hugh.Diálogo clínico y Observación. Test Memorístico
Áreas evaluadas: Emocional, Social, Mental y Laboral

EXAMEN MENTAL

Conciencia:
Obnubilación ( ), confusión ( ), estupor ( ), delirio ( ), estado crepuscular ( ), consciente (**X**).

Afectividad:
Balanceado (X), júbilo ( ), eufórico ( ), deprimido (), irritable ( ), angustiado (), tensionado (), pánico ( ), ambivalencia ( ), afecto inapropiado ( ).

Pensamiento:
Forma: Racional (**X**), irracional ( ).
Curso: Fuga de ideas ( ), retardo ( ), perseverancia ( ), bloqueo ( ), prolijo ( ), acelerado ( ), incoherente ( ).
Contenidos: Normal (**X**), delirios de grandeza ( ), persecución ( ), míaticos ( ),
Auto acusación ( ), minusvalía ( ), hipocondría ( ), fobias ( ), ideas de referencia ( ), erotomanías (

Alucinaciones:
Visuales ( )
Auditiva ( )
Táctiles ( )
Gustativas ( )
Olfativas ( )
Somáticas ( )
Trastornos del yo y despersonalización: SI ( ) NO (X)

Memoria:
Normal (**X**), paramnesia anterógrado ( ), paramnesia retrógrada ( ), amnesia retrógrada ( ), lo ya visto ( ), hipermnesia ( ), atención bien dirigida ( ), atención mal dirigida ( ).

Inteligencia
C.I.:Promedio (**X**), baja ( ), superior ( ).
Juicio y Raciocinio: realista (X), no realista ( ),
Caudal de conocimiento: promedio (**X**) Alta ( ) Baja ( )

Introspección:
Alta ( ), media ( ), baja (), ninguna (X).
Prospección y Conación: Realista **(X),** no realista ( ), ninguna ( );
Actividad aumentada ( ), disminuida (), estereotipias ( ).
Trastorno de comportamiento ( ),
Pensamiento ( ), afecto ( ), sensopercepción ( ), otros ( ) Especificar: ___
Antecedentes psiquiátricos o psicológicos: SI ( ) NO (X)
¿Cuál?: Para ingreso laboral
¿Cuánto tiempo?:

Impresión Diagnóstica:
De acuerdo a las áreas evaluadas: Social-Laboral concordantes con la dimensión del Saber-Hacer o Procedimental; Emocional-Personal concordante con la dimensión Saber-Ser, relacionado con la dimensión actitudinal; Saber-Saber, vinculada al área cognitiva, emocional y Mental; arrojan como resultado características de una persona capacitada para desempeñar el presente cargo laboral y una adecuada interacción social

I.D:
Persona mayor de edad de sexo masculino quien se desplaza por sus propios medios; posee ubicación u orientación en las dimensiones espacio-temporal, con coherencia en el diálogo y habilidades sociales y comunicativas en sus áreas propositiva, argumentativa y expositiva. Evidencia buena percepción sensorial, lo que indica sano uso de sus facultades mentales básicas y superiores.
De acuerdo a los resultados arrojados por los instrumentos aplicados, el señor ***Milton faber Morales Marín***.posee las competencias idóneas para desempeñar las funciones a las cuales se postula. Igualmente, de acuerdo a las habilidades sociales y laborales se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo que le rodea, de manera óptima contribuyendo al mantenimiento y desarrollo de un adecuado clima laboral, sin representar cualquier tipo de riesgo en sus relaciones interpersonales.

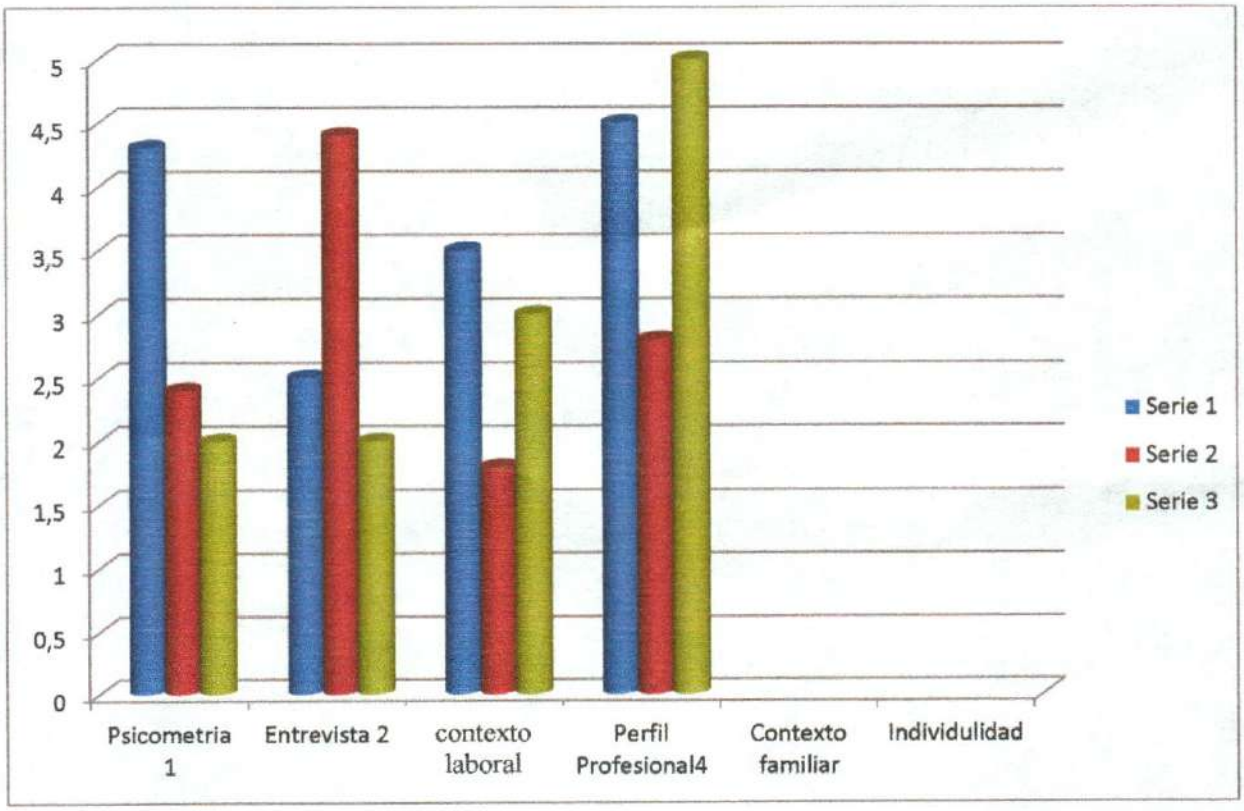
Conclusión:
El entrevistado se encuentra en perfectas condiciones emocionales y mentales, además de poseer las competencias y habilidades idóneas que lo habilita para desempeñar el cargo al cual se postula

Puntuación de Baremos en rangos de 1 a 5:
ACTITUD_____ (4.9)
APTITUD_____ (4-9)
PROACTIVIDAD_____ (4.8)
TEST WARTEGG_____ (4.5)
TEST D.F.H _____ (4.3)
TEST ÁRBOL _____ (4.3)
TESTMINIMENTAL _____(5)
TAT FICHAS: (Atención-Memoria) _____No se aplicó( )
DIALOGO/ENTREVISTA CONTEXTO LABORAL _____ (5)

Diego Fernando Aguirre J.
PSICOLOGO
T.P. 140050

Diego Fernando Aguirre Jaramillo. Psicólogo. T.P 140050
Esp. SST.Res.2588 de 21/05/2020

Diego Fernando Aguirre J.
Psicólogo T.P 140050
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
Resolución 2588 de 21/05/2020



SERIE 1

CAPACIDAD DE TRABAJO EN GRUPO

TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

CAPACIDAD DE TRABAJO BAJO PRESION

SERIE 2

RECONOCIMIENTO DE ROLES

RECONOCIMIENTO JERARQUICO

IIRITABILIDAD

SERIE 3

INDIVIDUALIDAD

RESILIENCIA

DINAMISMO

SERIE 4

ACTITUD

APTITUD

PROACTIVIDAD

Hace constar:

Que el Sr(a) MILTON FABER MORALES MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14799457 realizó el día 11/06/2024 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 MILTON FABER MORALES MARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 14799457 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.

Milton Faber Morales Marín

Firma

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MILTON FABER MORALES MARIN** identificado con **CC** No. **14799457**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202401016109284.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MILTON FABER MORALES MARIN Identificado con CC 14799457

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

Cuentamiga

Número:	24103734912
Fecha de apertura:	19 de Enero de 2021
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 Sena, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 10 de Junio de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101004306	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	05	2024	01	06	2024	00:00	19	03	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
MORALES MARIN MILTON FABER			C.C. :14,799,457
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CALLE 17 A 34-25 ENTRE RÍOS	TULUA - VALLE		3174681122

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	BUGA - VALLE		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.6391930 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/06/2024	19/03/2025	$ 2,515,590.40

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 2,515,590.40	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

52-46-101004306
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Milton Faber Morales Marín
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. 52-46-101004306, 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 Mayo 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°: 52461010043060

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MORALES MARIN MILTON FABER — C.C. C.C. :14,799,457
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004306

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004306 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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°: 52461010043060

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	MORALES MARIN MILTON FABER — C.C. C.C. :14,799,457
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004306

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004306 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: GLORIA ISABEL SOTO VELASCO - 91929	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	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.52-46-101004306

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