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	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**13559-546898**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.115.063.657	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cjarguelles@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24072352029
IP/Nº de contacto:	3152669297	**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:	6508675/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**203424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA 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	**10/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.988.062
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 20.988.062
Valor Bruto Pago:	**$ 3.125.882,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.862.180

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.125.882	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	**$ 3.125.882**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.056.782**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.056.782,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7928389671**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.125.882,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	II	$ 13.600	$ 0	Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	9.378,00	0,300%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Pro-UCEVA	15.629,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 685.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.100.875,00**	

SON: TRES MILLONES CIEN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se anexa Informe Contractual Mes de Julio

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

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
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,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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)

14/07/24 10:33:31 USUARIO: SIC - C.C. 1115063657

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1115063657
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAMILO ARGUELLES OROZCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 4 NO. 12BSUR - 24	TELÉFONO:	2384948
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7928389671**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		695262277

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800	$ 0	$ 285.800
SUBTOTALES:										**$ 285.800**	**$ 0**	**$ 285.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP															
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1115063657	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.786.218				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	111506365	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 527.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1115063657
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAMILO ARGUELLES OROZCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUADALAJARA DE BUGA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 4 NO. 12BSUR - 24	TELÉFONO:	2384948
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7930816579**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		709237771
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7928389671	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2024/06/11

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:									**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	$ 10.800	$ 0	$ 10.800
SUBTOTALES:			**$ 10.800**	**$ 0**	**$ 10.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																							PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1115063657	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.786.218				NO							A											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	111506365	$ 18.700	0	$ 0	CCF57-COMFANDI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1115063657	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO							C											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	111506365	$ 18.700	30	$ 1.786.218	CCF57-COMFANDI	$ 10.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1115063657	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO							R											25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0	111506365	$ 0	30	$ 1.786.218	CCF57-COMFANDI	$ 10.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 10.800**

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1115063657** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115063657
NOMBRES Y APELLIDOS	CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/06/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	153
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **03/07/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115063657,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2018** 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 03 de julio 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 141053127451

(415)7707212489984(8020) 000014105312745 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 5 0 6 3 6 5 7	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARGUELLES	OROZCO	CAMILO	JOSE

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	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CR 4 12 B SUR 24 BRR EL ALBERGUE

42. Correo electrónico: camilo.arguelles@correounivalle.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 6 6 9 2 9 7	3 1 8 6 1 4 7 9 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 3 0 4 1 7	9 3 1 9	2 0 1 4 1 0 0 6				2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2024 - 07 - 03 / 12 : 45: 52

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 ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
TIPO EVALUACIÓN: PRE-INGRESO

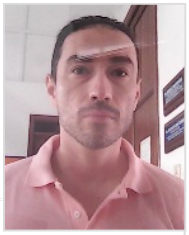
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso	**1131737**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+	71 kilogramos	170 centimetros	24.57

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 No. 12BSUR - 24	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENTE	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-07-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Optometría Ocupacional (Manual) (2024-07-03)
- Evaluación Psicológica Ocupacional (2024-07-03)
- Optometría Ocupacional (2024-07-03)
- Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2024-07-03)
- Colesterol Total (2024-07-03)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2024-07-03)
- Hemograma IV Metodo Automatico (2024-07-03)
- Triglicéridos (2024-07-03)
- Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria (2024-07-03)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en hombros bilateral y columna lumbar, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/mp6ey372-9yy0-avze-r7u0-1tz9xjwdrk04
Fecha Impresión: 2024-07-03 15:32:29 379746

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: CARDIOVASCULAR

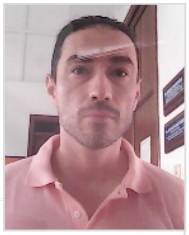
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Cardiovascular	**1131737**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+	71 kilogramos	170 centimetros	24.57

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 No. 12BSUR - 24	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENTE	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-07-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Optometría Ocupacional (Manual) (2024-07-03)
- Evaluación Psicológica Ocupacional (2024-07-03)
- Optometría Ocupacional (2024-07-03)
- Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2024-07-03)
- Colesterol Total (2024-07-03)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2024-07-03)
- Hemograma IV Metodo Automatico (2024-07-03)
- Triglicéridos (2024-07-03)
- Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria (2024-07-03)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Cardiovascular: Riesgo Bajo

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en hombros bilateral y columna lumbar, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/mp6ey372-9yy0-avze-r7u0-1tz9xjwdrk04
Fecha Impresión: 2024-07-03 15:32:29 379746

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: NEUROLÓGICO

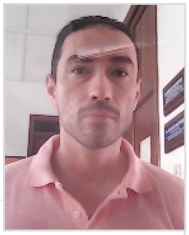
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Neurológico	**1131737**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+	71 kilogramos	170 centimetros	24.57

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 No. 12BSUR - 24	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENTE	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-07-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Optometría Ocupacional (Manual) (2024-07-03)
- Evaluación Psicológica Ocupacional (2024-07-03)
- Optometría Ocupacional (2024-07-03)
- Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2024-07-03)
- Colesterol Total (2024-07-03)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2024-07-03)
- Hemograma IV Metodo Automatico (2024-07-03)
- Triglicéridos (2024-07-03)
- Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria (2024-07-03)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Neurológico: Sin hallazgos clínicos de patología neurológica aparente.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en hombros bilateral y columna lumbar, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/mp6ey372-9yy0-avze-r7u0-1tz9xjwdrk04
Fecha Impresión: 2024-07-03 15:32:29 379746

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

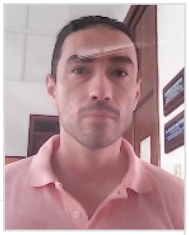
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Osteomuscular	**1131737**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+	71 kilogramos	170 centimetros	24.57

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 No. 12BSUR - 24	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENTE	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-07-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Optometría Ocupacional (Manual) (2024-07-03)
- Evaluación Psicológica Ocupacional (2024-07-03)
- Optometría Ocupacional (2024-07-03)
- Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2024-07-03)
- Colesterol Total (2024-07-03)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2024-07-03)
- Hemograma IV Metodo Automatico (2024-07-03)
- Triglicéridos (2024-07-03)
- Uroanálisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria (2024-07-03)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Osteomuscular: Con patología(s) osteomuscular(es) que no interfiere(n) con su capacidad laboral ni con los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. ..

Otras Recomendaciones: Uso de EPP según riesgo de exposición, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa con énfasis en hombros bilateral y columna lumbar, alternar actividades con el fin de disminuir posiciones prolongadas, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista

Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583
LSST.: 63848/18

Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/mp6ey372-9yy0-avze-r7u0-1tz9xjwdrk04
Fecha Impresión: 2024-07-03 15:32:29 379746

RECOMENDACIONES MÉDICAS

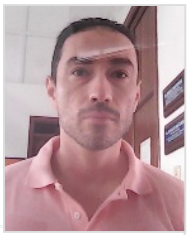
Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Neurológico, Osteomuscular	**1131737**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+	71 kilogramos	170 centimetros	24.57

EPS	ARL	AFP
Sura	Positiva	Colpensiones

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
DOCENTE	Persona Natural	Persona Natural



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2024-07-03, el médico especialista Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Continuar manejo médico en EPS.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. ..

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

Persona Natural

Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657
Fecha de recibido:

SERVICIOSINTEGRALESYPREVENTIVOSENSALUDSAS
NIT:900567464-2

Calle3#13-69,GuadalajaraDeBuga -Valledel Cauca
Teléfono:2389322g
erencia@sipresalud.comw
ww.sipresalud.com

Tipo Evaluación: Psicología

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	Guadalajara de Buga (Valle del Cauca)		

Nombre y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	MASCULINO

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre -Rh*	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+		1.70 Cm	

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 #12B SUR-24 EL ALBERGUE, BUGA, VALLE	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR(A)	PARTICULAR	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

ASPECTO FAMILIAR

Es soltero, convive con su señora madre de 59 años es ama de casa. Define como estable y cordial.

ASPECTO PERSONAL

Se define como una persona: paciente, comprensivo y resiliente.
En los tiempos libres se decida a: natación y lectura.
Consumo de cigarrillo: niega

Consumo de alcohol: muy eventualmente.

Antecedentes personales: niega

Antecedentes familiares: abuelo materno y abuela paterno cáncer.

ASPECTOLABORAL

Empresa: SENA
Cargo: Instructor
Funciones: instructor de cultura física, desarrollo de habilidades motrices y hábitos saludables.
Periodo: 2021 a la fecha

Empresa: Universidad del Valle
Cargo: docente
Funciones: docente de deporte y salud
Periodo: 2015 actualmente

ASPECTO ACADÉMICO

Profesional en ciencias del deporte.

ANTECEDENTESPSICOLÓGICOS

Niega antecedentes familiares
Niega cuadro de depresión, ansiedad, esquizofrenia algún trastorno psiquiátrico

PRUEBAS PSICOTENICAS

La evaluación del MMPI revela que la persona es perceptiva, socialmente responsiva, segura de sí misma, independiente y eficaz como líder. Comunica sus ideas con claridad y mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica. Muestra una alta capacidad intelectual, versatilidad e intereses amplios. Es sociable, entusiasta y tiene fluidez verbal. Además, es amable, generoso, cooperador, equilibrado, justo y racional, enfrentando los problemas de la vida diaria con eficacia y claridad de pensamiento.

CONCEPTOPSICOLOGICO

Durante el proceso se muestra ubicado en tiempo y espacio, cordial, centrado y seguro de sí mismo. Puede llegar a permanecer tranquilo en situaciones de tensión y demuestra habilidad para adaptarse a los cambios. No se perciben alteraciones sobresalientes en el manejo de sus emociones. Posee amplia experiencia como instructor lo que puede ayudar su adaptación al cargo.

APTO

Firma Especialista
Psi. Yorli García Calero
RegistroNo.:76-5791
LSST.:1359/19

Firma del Usuario
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC 1115063657

SERVICIOSINTEGRALESYPREVENTIVOSENSALUDSAS
NIT:900567464-2

Calle3#13-69,GuadalajaraDeBuga -Valledel Cauca
Teléfono:2389322g
erencia@sipresalud.comw
ww.sipresalud.com

Tipo Evaluación: Psicología

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-07-03	Guadalajara de Buga (Valle del Cauca)		

Nombre y Apellidos	Identificación	Sexo
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	CC 1115063657	MASCULINO

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre -Rh*	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1986-07-14	37 años	O+		1.70 Cm	

Dirección Residencia	Teléfonos
CARRERA 4 #12B SUR-24 EL ALBERGUE, BUGA, VALLE	3152669297

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR(A)	PARTICULAR	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

Concepto Psicológico

PRUEBAS PSICOTENICAS

La evaluación del MMPI revela que la persona es perceptiva, socialmente responsiva, segura de sí misma, independiente y eficaz como líder. Comunica sus ideas con claridad y mantiene un balance saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica. Muestra una alta capacidad intelectual, versatilidad e intereses amplios. Es sociable, entusiasta y tiene fluidez verbal. Además, es amable, generoso, cooperador, equilibrado, justo y racional, enfrentando los problemas de la vida diaria con eficacia y claridad de pensamiento.

CONCEPTOPSICOLOGICO

Durante el proceso se muestra ubicado en tiempo y espacio, cordial, centrado y seguro de sí mismo. Puede llegar a permanecer tranquilo en situaciones de tensión y demuestra habilidad para adaptarse a los cambios. No se perciben alteraciones sobresalientes en el manejo de sus emociones. Posee amplia experiencia como instructor lo que puede ayudar su adaptación al cargo.

APTO



Firma Especialista
Psi. Yorli García Calero
RegistroNo.:76-5791
LSST.:1359/19

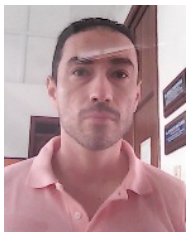
Firma del Usuario
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC 1115063657

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2024-07-03 15:06:47	**Orden Servicio No.**	**1131737**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Neurológico, Osteomuscular		
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO			**No. Identificación**	CC 1115063657
Sexo	Masculino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1986-07-14	**Edad**	37 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	2 personas		
Nivel Educativo	Profesional	**Profesión u Oficio**	CIENCIAS DEL DEPORTE		
Ciudad	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	CARRERA 4 No. 12BSUR - 24			**Estrato**	3
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3152669297				
Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Sura	**ARL**	Positiva	**AFP**	Colpensiones
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	DOCENTE	**Área de Trabajo**	DOCENTE.
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si	**Uso de Elementos de Protección Visual**	No
Otros			

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Negativo.	**Diabetes**	Negativo.
Trigliceridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Trigliceridos**	Negativo	
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Negativo	
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Negativo	**Chalazion**	Negativo	
	Catarata	Negativo	**Ciguría Refractiva**	Negativo			
Observaciones							

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	No	**Mala Visión Próxima**	No	**Lagrimeo**	No	**Cansancio Visual**	No
Ardor	No	**Cefaléa**	No	**Prurito**	No	**Secreación**	No
Hiperemia	No	**Fotofobia**	No	**Desviación Ocular**	No	**Resequedad**	No
Observaciones							

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	**Fecha Último Control Visual**	Un año			**Usa lentes con fórmula**	No	
	Tipo de Lentes				**Frecuencia de Uso**		
	Lensometría - Ojo Derecho	000000 ADD 0000			**Lensometría - Ojo Izquierdo**	00000 ADD 0000	
Agudeza Visual	**Visión Lejana**	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
		Con corrección	**Ojo Derecho**	0000000	**Ojo Izquierdo**	0000000	
	Visión Próxima	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	0.50M	**Ojo Izquierdo**	0.50M	
		Con corrección	**Ojo Derecho**	0000000	**Ojo Izquierdo**	00000000	
Estado Motor	**Visión Lejana**	Ortoforia					
	Visión Próxima	Ortoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	12 centimetros					
Examen Externo	**Ojo Derecho**	SANO APARENTE					
	Ojo Izquierdo	SANO APARENTE					
Oftalmoscopia	**Ojo Derecho**	SANO APARENTE					
	Ojo Izquierdo	SANO APARENTE					
Retinoscopia	**Ojo Derecho**	+0.50			**Ojo Izquierdo**	+0.25	
Subjetivo con Fórmula Final	**Ojo Derecho**	NEUTRO ADD 0000	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50M	
	Ojo Izquierdo	NEUTRO ADD 0000	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50M	
Visión Cromática	Normal						
Visión Profundidad	Normal						
Visión Periférica	Normal						

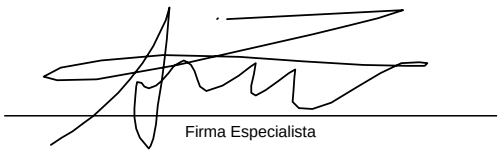
IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z010 - Examen de ojos y de la vision
Tipo	Impresión Diagnóstica

No.	Ojo	Descripción

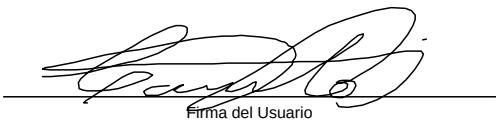
X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Control optométrico anual
Observaciones	BUEN ESTADO VISUAL



Firma Especialista

Dr. JUAN DAVID BELTRAN LOZANO
Registro No.: TP1015439727



Firma del Usuario

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Nombre	**CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO**	*Orden No.*	*572722*
Identificacion	1115063657	*Convenio*	*SIPRESALUD S.A.S.*
Edad	38 Años	*Sede*	*Sede Principal LCC No.1*
		Fecha Recepcion	*03/07/24 08:34:55 AM*
		Fecha impresion	*03/07/24 12:17:13 PM*

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)			
Resultado obtenido	31	mg/dl	35-50
COLESTEROL VLDL	28.2	mg/dl	20-30
COLESTEROL LDL	163.8	mg/dl	0.0-100
INDICE ARTERIAL	7.2		0.0-4.0
Técnica: ESPECTROFOTOMETRIA			
COLESTEROL TOTAL			
Resultado obtenido	223	mg/dl	0.0-200
Técnica: ESPECTROFOTOMETRIA			
GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS			
Resultado obtenido	78	mg/dl	60 - 100
Técnica : ESPECTROFOTOMETRIA			
TRIGLICERIDOS			
Resultado obtenido	141	mg/dl	0.0-150.0
Tecnica: ESPECTROFOROMETRIA			

Firmado Electronicamente

Laboratorio Clinico Central

Fecha validacion 03/07/24 11:57:57 AM

CUADRO HEMATICO III			
Recuento de Globulos Blancos	4.470	mm3	5.000-10.000
Recuento de Globulos Rojos	5.190.000	mm3	4.700.000-6.100.000
Hemoglobina	15.5	g/dl	14-17
Hematocrito	45.9	%	42-50
Volumen corpuscular medio	88.4	fL	84-96
Hemoglobina corpuscular media	29.8	pg	26-32
Concentracion Hemog.corpuscular media	33.7	g/dL	30-38
Ancho distribucion de los eritrocitos	13.4	%	11-14
Recuento de Plaquetas	223.000	mm3	150.000-450.000
Volumen plaquetario medio	9.6	fL	
Neutrofilos %	40.5	%	
Linfocitos %	49.0	%	
Monocitos %	6.3	%	
Eosinofilos %	3.3	%	
Basofilos %	0.9	%	
Recuento de neutrofilos	1.81	x10^3/uL	
Recuento de linfocitos	2.19	x10^3/uL	
Recuento de monocitos	0.28	x10^3/uL	
Recuento de Eosinofilos	0.15	x10^3/uL	
Recuento de Basofilos	0.04	x10^3/uL	
Técnica : CITOMETRIA DE FLUJO			

Firmado Electronicamente

Laboratorio Clinico Central

Fecha validacion 03/07/24 11:57:10 AM

Los resultados de laboratorio son ayudas diagnosticas y deben ser evaluados por un profesional de la Medicina

Nombre	**CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO**	*Orden No.*	*572722*
Identificacion	1115063657	*Convenio*	*SIPRESALUD S.A.S.*
Edad	38 Años	*Sede*	*Sede Principal LCC No.1*
		Fecha Recepcion	*03/07/24 08:34:55 AM*
		Fecha impresion	*03/07/24 12:17:13 PM*

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA			
FISICO			
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIA		
Color	AMARILLA		
Densidad	1.020		
QUIMICO			
PH.	6.5		
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl	
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	
Estearasa de Leucocitos	NEGATIVO	Leu/ul	
Cuerpos Cetonicos	NEGATIVO	mg/dl	
Bilirrubinas	NEGATIVO	mg/dl	
Sangre	HUELLAS		
Nitritos	NEGATIVO		
Urobilinogeno	NORMAL	mg/dl	
MICROSCOPICO			
Celulas epiteliales bajas	0-1	X CAMPO	
Leucocitos	0-1	X CAMPO	
Eritrocitos	3-6	X CAMPO	
Germenes	ESCASOS		

Técnica: MICROSCOPIA

Firmado Electronicamente

Laboratorio Clinico Central

Fecha validacion 03/07/24 11:58:35 AM

***** F I N I N F O R M E *****

Los resultados de laboratorio son ayudas diagnosticas y deben ser evaluados por un profesional de la Medicina

SERVICIOS INTEGRALES Y PREVENTIVOS EN SALUD SAS
NIT : 900567464-2
LSST: 0152 del 8 febrero 2023 - Habilitación: 761110891101

Calle 3 # 13-69, Guadalajara De Buga - Valle del Cauca
Teléfono : 2389322
gerencia@sipresalud.com
www.sipresalud.com

REMISION

HC No. 1115063657 Orden Servicio No. 1131737

Fecha Emisión	2024-07-03 03:20:46 PM	**Ciudad**	GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		
Cargo a desempeñar	DOCENTE		

Nombres y Apellidos	CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO	**No. Identificación**	CC 1115063657
Fecha Nacimiento	1986-07-14 (37 años)	**Sexo**	Masculino

Remisiones	Se remite al usuario para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Medicina General. .
Motivo Remisiones	Consultar en la EPS para conocer condicion actual de salud por antecedente referido.

Firma Especialista
Dra. Luisa Fernanda Bermudez Pedroza
Registro No.: 76-2583 L.S.O.: 63848/18

Firma del Usuario
CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO
CC.: 1115063657

Hace constar:

Que el Sr(a) CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115063657 realizó el día 22/07/2024 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 CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115063657 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.

Firma

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

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, **CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO** identificado con **CC** No. **1115063657**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **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): 202401017184620.

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

CAMILO JOSE ARGUELLES OROZCO Identificado con CC 1115063657

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

Cuentamiga

Número:	24072352029
Fecha de apertura:	31 de Marzo de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 03 de Julio 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	52-46-101004393	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
09	07	2024	10	07	2024	00:00	10	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE			C.C. :1,115,063,657
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CRA 4 12 R 24	BUGA - VALLE		3152669297

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			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.6508675 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVES DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACION DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10/07/2024	10/04/2025	$ 2,098,806.20

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	$ 2,098,806.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANA MILENA PENA MORENO	81789	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

52-46-101004393
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101004393, 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 9 días del mes de Julio 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°: 52461010043930

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE — C.C. C.C. :1,115,063,657
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004393

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004393 - 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: ANA MILENA PENA MORENO - 81789	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°: 52461010043930

FECHA	
CONTADO	
RECIBIMOS DE:	ARGUELLES OROZCO CAMILO JOSE — C.C. C.C. :1,115,063,657
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 52-46-101004393

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA TULUA - CU. ESTATAL - 101004393 - 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: ANA MILENA PENA MORENO - 81789	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.52-46-101004393

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