

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL		Código Regional	76
			Código Centro	101076
			Fecha Elaboración	20 de marzo de 2020
			Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
			ID de Proceso	92437-868063
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JUAN CARLOS CERON ESPINOSA Correo electrónico contratista: 76jcerone@sena.edu.co		C.C. 16.768.312 IP/N° de contacto 22743		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 SI		Es declarante de renta? SI Inducción SST SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO	Es Pensionado? NO	
Banco al cual consignar: AV VILLAS Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO		Tipo de cta AHORROS Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 NO	N° Cuenta 118745137	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1397783/2020 Valor Total del Contrato \$ 38.800.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 38.800.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 35.437.333		N° Compromiso SIIF 32720 Periodo objeto de pago Del 05/03/2020 Al 31/03/2020 Comisiones \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 3.362.667,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.362.667 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.362.667 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.375		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.345.067 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 168.200 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 215.300 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 7.100 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ - Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ - Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ - Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ - Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ - Salud hasta \$ 569.712 \$ - Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.792 Retención en la Fuente Contingente \$ -		Marzo Febrero 1028346411	Valor Base retención en la fuente 2.234.375,00 Valor Base retención en la fuente ICA 2.979.167,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 0,00 0,000% - 0,00 - 0,00 - 0,00 Pro-UCEVA 16.813,00 0,500% Universidad del Pacífico 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$ 3.345.854,00	
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Visita al CBI Palmira para conocer el centro y la ofician SER Presentación ante el líder SER Reunión equipo de trabajo SER por parte del líder Ser Acta 006 Presentación Estructura de seguimiento integrado ESI Acta 007 Análisis de los diferentes formatos a realizar para el seguimiento de metas SER revisión documentación presentada por el líder ser visita al CBI para reconocimiento de equipo de trabajo en campo Recibo de metas por parte del líder SER Análisis de las metas a realizar (Unidades productivas) Realización de un plan de trabajo para el desarrollo del trabajo Estudio de los modelos de trabajo Ubicación de los planes de negocio en el mapa Revisión de contactos de los emprendedores Apoyo a compañeros para diseño de estrategias Presentación de actividades				
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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
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, JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				
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 AURA ELVIRA NARVAEZ AGUDELO DIRECTOR REGIONAL (E)				



**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	16768312
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	CERON ESPINOSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: 03/18/2020 07:55:06 Estación de origen: 186.84.80.34

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

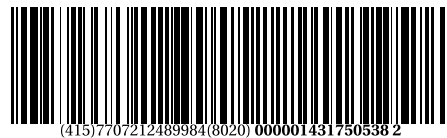
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14317505382



(415)7707212489984(8020) 0000014317505382

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 6 7 6 8 3 1 2

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 6 7 6 8 3 1 2

27. Fecha expedición:

1 9 8 7 1 1 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio:

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

CERON

32. Segundo apellido

ESPINOSA

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CARLOS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio:

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 F 64 10 BRR LAS CEIBAS

42. Correo electrónico:

juan.ceron00@gmail.com

43. Código postal

6 6 3 8 7 6 4

44. Teléfono 1:

3 1 6 3 0 5 0 7 8 8

45. Teléfono 2:

3 1 6 3 0 5 0 7 8 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 9 2 0

Actividad secundaria

48. Código:

8 2 3 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 9 2 0

Otras actividades

50. Código:

1 2

8 2 9 9

Ocupación

51. Código

1 2

52. Número establecimientos

1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 2 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

54. Código:

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:

1

61. Fecha:

2 0 1 4 1 0 1 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORTES BARONA SANDRA MILENA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial



VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01
Versión : 4
Fecha: 13/11/2015
Página: 1 de 2



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 08/01/2020 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: JUAN CARLOS CERON ESPINOSA

Empresa: Particular

En Misión:

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 16768312

Cargo: ASESOR EMPRESARIAL

180856

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

HEMOGRAMA TIPO IV, PARCIAL DE ORINA, PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA, OPTOMETRIA



CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA EL CARGO

REMISIÓN

MEDICINA GENERAL: EPS, OPTOMETRIA: EPS

Observación Control y manejo medico en servicio de salud. Control optométrico anualmente en EPS.

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de E.P.P según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Apto para el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Dieta

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo como brigadista:	NO APLICA	Manipulación de alimentos:	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehículos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA		
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

PVE VISUAL	☒	PVE AUDITIVO	☐	PVE RESPIRATORIO	☐
PVE ERGONOMICO	☐	PVE CARDIOVASCULAR	☒	PVE PSICOSOCIAL	☐
PVE QUIMICO	☐	PVE Radiaciones Ionizantes	☐	PVE BIOLÓGICO	☐

Observaciones Generales

Uso de gafas para corrección visual. Dieta baja en grasas y harinas.

JUAN CARLOS CERON ESPINOSA

c.c: 16768312

Idelgado de Jesus Buelvas Florez

Registro: 1977/95

Lic: 0625-08-11



HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 3 de 4



Fecha: 23/01/2018 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 16768312

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: CERON ESPINOSA Nombres: JUAN CARLOS
Identificación: 16768312 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Edad: 50
Estado Civil: SOLTERO Estrato : 4 Dpto. de Nacimiento: VALLE DEL CAUCA
Fecha Nacimiento: 17/08/1969 Ciudad Nacimiento: CALI Sexo: MASCULINO
Teléfono: 3184363023 Cd residencia: CALI Escolaridad: POSTGRADO
Direc reside: CRA 7 F 64-10 email: NO
Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica Nacionalidad: Colombia
E.P.S: SANITAS E.P.S. A.R.L: NO TIENE A.F.P: Porvenir S.A.
Empleador: Particular Act. Económ: NA
En Misión: Act. Económ: NA
Fecha Ingreso: 08/01/2020 Cargo: ASESOR EMPRESARIAL Sección: NA



2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador:		Empresa en mision:									
Cargos Desempeñados: ASESOR EMPRESAIAL		Actividad Económica: CAPACITACIÓN Y FOMENTO EMPRESARIAL									
Tiempo de Exposición: Años: 20 Meses: 0		Mediciones Ambientales: No Aplica									
Descripcion Funciones: ASESORIA											
Riesgos a los que Estuvo Expuestos											
Fisicos						Quimicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
epp		epp		epp		epp		epp			
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
epp		epp		epp		epp		epp		epp	

Empleador:		Empresa en mision:									
Cargos Desempeñados:		Actividad Económica:									
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0		Mediciones Ambientales: No Aplica									
Descripcion Funciones:											
Riesgos a los que Estuvo Expuestos											
Fisicos						Quimicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
epp		epp		epp		epp		epp			
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
epp		epp		epp		epp		epp		epp	

Empleador:		Empresa en mision:									
Cargos Desempeñados:		Actividad Económica:									
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0		Mediciones Ambientales: No Aplica									
Descripcion Funciones:											
Riesgos a los que Estuvo Expuestos											
Fisicos						Quimicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp	epp
Ergonómicos											
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto		Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos			
epp		epp		epp		epp		epp			
Otros:											
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		Psicosocial	
epp		epp		epp		epp		epp		epp	



HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 4 de 4



Fecha: 23/01/2018 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 16768312

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones: Ninguna

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
ARL:				

Observaciones: No refiere

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	No Refiere	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	No Refiere
3. Diabetes:	Abuelo materno, Abuela materno	6. Cerebrovasculares:	No Refiere	9. Cancer:	No Refiere

Observaciones: Abuelo maternodiabético.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

Causa	Causa	Causa
1. Infeccioso:	7. Digestivo:	13. Osteomuscular:
2. Cefalea:	8. Genitourinario:	14. Piel Anexos:
3. Visual:	9. Endocrinológico:	15. Traumático:
4. Oídos, Nariz, Garganta:	10. Hematológico:	16. Quirúrgico:
5. Pulmones:	11. Alérgico:	17. Farmacológico:
6. Cardiovascular:	12. Neurológico:	18. Otro:
19. Metabólicos:		

Observaciones: Apendicectomía. Trastorno refractivo (Uso de gafas). No refiere otros antecedentes personales patológicos.

6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

PIELY FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OTORRINOLARINGOLÓGICO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OFTALMOLÓGICO Resultado: REFIERE | Hallazgo: Uso de gafas para corrección visual ambos ojos.
 RESPIRATORIO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 CARDIOVASCULARES Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 GENITOURINARIO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OSTEOMUSCULARES Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 NEUROLÓGICO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 ENDOCRINOLÓGICO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 PSQUIÁTRICO Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
 OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Cigarrillo: SI	No. Cigarrillos al día: 6	Años: 20	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Licor: NO	Frecuencia: N/A	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono: Años: 0	Meses: 0
Actividad Física - Deporte: FUTBOL				Frecuencia: 1 X SEMANA	
Actividad Extralaborales: NA				Frecuencia: NA	

8. ESQUEMA DE VACUNACION

No. Dosis	Tetano:	Hepatitis B:	F. Amarilla	Influenza Estacional	Influenza H1N1	MMR	Varicela	Hepatitis A	Otras
F.U.D.									No refiere



Fecha: 23/01/2018 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 16768312

9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	HIJO	Cantidad:	1
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 72 Talla (m): 1,72 I.M.C:24,34 Pulso: NORMAL Lateralidad: ZURDO
T.A. Sentado (mmHg) :100/60 Perimetro Abdominal (Cm)87 Pulso (LPM):74
Aspecto General: Buen aspecto general.

11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lombosacra:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

Prueba Tinnel: NEGATIVA

Prueba Phalen: (flexión completa de ambas muñecas * 1min) NEGATIVA

Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar) NEGATIVA

Observación: Examen físico con énfasis osteomuscular dentro de parámetros normales, Arcos de movilidad completos a todo nivel, buen trofismo muscular, no déficit funcional.

12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NO SE EVALUA
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oidos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL		
Torax:	Senos:	NO SE EVALUA	Pulmones:	NORMAL	Corazón:	NORMAL		
Abdomen:	Pared:	NORMAL	Více. (magalias):	NORMAL	Hernias:	NORMAL		
Cuello:	Cuello:	NORMAL						
Piel:	Piel:	NORMAL						
Genitales:	Genitales:	NORMAL						
Vascular:	Periférico:	NORMAL	Linfáticos:	NORMAL	Varice:	NORMAL		
Sist. Nervioso:	Reflejos:	NORMAL	Marcha:	NORMAL	Coordinación	NORMAL		

Observaciones: Coordinación, fuerza y marcha normales, sin déficit neuro-motor evidente en el momento.

Agudeza Visual Cercana:	Ojo Derecho:	0.5 M	Ojo Izquierdo:	0.75 M	Con Corrección	Sin Corrección
Agudeza Visual Lejana:	Ojo Derecho:	20/20	Ojo Izquierdo:	20/25	Con Corrección	Sin Corrección
Otoscopia	Normal:	OD: SI OI: SI	Timpanopatía:	OD: NO OI: NO		
	Tapón:	OD: NO OI: NO				

Dentadura:	Buen Estado:	SI	Completa:	SI	Prótesis:	NO
------------	--------------	----	-----------	----	-----------	----

Observaciones: Ninguna



Fecha: 23/01/2018 Tipo de Examen:PREINGRESO

Número: 16768312

13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

Examen paraclínico:08/01/2020 - Optometría:16768312. Diagnostico OD:HIPERMETROPIA,PRESBICIA., OI:HIPERMETROPIA,PRESBICIA.
CONDUCTA:CAMBIO CORRECCIÓN. Recomendaciones:. OBS.MEDICO:

Examen 08/01/2020: GLICEMIA resultados: Glicemia Basal 99 mg/dl

Laboratorio

PERFIL LIPIDICO resultados: Colesterol Total 181 mg/dl Menor a 200 mg/dl

Trigliceridos 242* mg/dl 40 - 160 mg/dl

Colesterol HDL 38 mg/dl

Colesterol LDL 94.6 mg/dl 50 - 130 mg/dl

Colesterol VLDL 48.4 mg/dl Menor a 45 mg/dl

Indice Arterial 4.8 Menor a 5

Observaciones resultado confirmado

Examen 08/01/2020: HEMOGRAMA TIPO IV resultados: LEUCOCITOS $7.59 \times 10^3/\text{mm}^3$ 3.5 - $10.0 \times 10^3/\text{mm}^3$

Laboratorio

ERITROCITOS $5.09 \times 10^6/\text{mm}^3$ 3.80 - $5.80 \times 10^6/\text{mm}^3$

HEMOGLOBINA 16.32 g/dl 11.0 - 16.5 g/dl

HEMATOCRITO 48.03 % 35.0 - 50.0 %

RECuento DE PLAQUETAS $401 \times 10^3/\text{mm}^3$ 150 - $450 \times 10^3/\text{mm}^3$

PTC 0.308 % .100 - .500 %

VCM $94.35 \text{ u}/\text{m}^3$ 80 - $97 \text{ u}/\text{m}^3$

HCM 32.05 pg 26.5 - 33.5 pg

CCMH 33.97 g/dl 31.5 - 35.0 g/dl

IDE 11.48 % 10.0 - 15.0 %

VPM $7.68 \text{ u}/\text{m}^3$ 6.5 - $11.0 \text{ u}/\text{m}^3$

IDP 11.25 % 10.0 - 18.0 %

% LINFOCITOS 36.80 % 17.0 - 48.0 %

% MONOCITOS 8.70 % 4.0 - 10.0 %

% NEUTROFILOS 49.30 % 43.0 - 76.0 %

% EOSINOFILOS 4.20 %

% BASOFILOS 1.00 %

LINFOCITOS $2.79 \times 10^3/\text{mm}^3$ 1.2 - $3.2 \times 10^3/\text{mm}^3$

MONOCITOS $0.66 \times 10^3/\text{mm}^3$ 0.3 - $0.8 \times 10^3/\text{mm}^3$

NEUTROFILOS $3.74 \times 10^3/\text{mm}^3$ 1.2 - $6.8 \times 10^3/\text{mm}^3$

BASOFILOS $0.08 \times 10^3/\text{mm}^3$

EOSINOFILOS $0.32 \times 10^3/\text{mm}^3$

Examen 08/01/2020: PARCIAL DE ORINA resultados: Color AMARILLO

Laboratorio

Aspecto LIGERAMENTE TURBIO

Densidad 1.030

pH 5.0

Hemoglobina NEGATIVO

Nitritos NEGATIVO

Cetonas NEGATIVO

Bilirrubina NEGATIVO

Urobilinógeno NORMAL

Proteínas NEGATIVO

Glucosa NEGATIVO

Células Epiteliales Bajas ESCASAS

Leucocitos x campo 0 - 1 XC

Bacterias NEGATIVO

Moco ++

14. DIAGNOSTICO

H520	HIPERMETROPIA:Oculares	A.O. Nueva correccion	Confirmado Repetido
H524	PRESBICIA:Oculares	A.O. Nueva correccion	Confirmado Repetido
E781	HIPERGLICIDEMIA: Metabolicas	Trigliceridos242* mg/dl	Confirmado Nuevo

15. CONCEPTO DE APTITUD

APTOPARA EL CARGO



**Unidad
de Salud
Ocupacional**

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 7 de 4



Fecha: 23/01/2018 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 16768312

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas: NO APLICA
Trabajo en espacios confinados: NO APLICA
Trabajo como brigadista: NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión: NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes: NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas: NO APLICA
Trabajo en bajas temperaturas: NO APLICA

Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA
Trabajo en ambientes hiperbáricos: NO APLICA
Manipulación de alimentos: NO APLICA
Conducción de vehículos: NO APLICA

REMISIONES:

MEDICINA GENERAL: EPS, OPTOMETRIA: EPS

Observación

Control y manejo medico en servicio de salud. Control optométrico anualmente en EPS.

RESTRICCIONES:

NO NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P. Según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluiren PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Apto para el cargo de acuerdo al perfil de riesgo de la empresa contratante, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Dieta

PVE VISUAL	☒	PVE AUDITIVO	☐	PVE RESPIRATORIO	☐
PVE ERGONOMICO	☐	PVE CARDIOVASCULAR	☒	PVE PSICOSOCIAL	☐
PVE QUIMICO	☐	PVE Radiaciones Ionizantes	☐	PVE BIOLOGICO	☐

OBSERVACIONES GENERALES

Uso de gafas para corrección visual. Dieta baja en grasas y harinas.

JUAN CARLOS CERON ESPINOSA

c.c: 16768312

Idelgado de Jesus Buelvas Florez

Registro: 1977/95

Lic: 0625-08-11



Unidad de Salud
Ocu QBCíof?Dí



LABORATORIO CLÍNICO

Paciente : JUANCARLOS CEROS ESPINOSA
Identificación : 16768312
Empresa : Particular
En Mision

Orden No : 10218712
Edad/Sexo : 50 / M
Fecha Recepción : 2020-01-08 10:29:36
Fecha Impresión : 2020-01-09 07:49:39.

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUÍMICA CLÍNICA			
Glicemia Basal	99	mg/dl	
		Normal: 60 - 110 mg/dl	
		Glicemia alterada en ayuno: 100-125 mg/dl	
		Diabetes »= 126 mg/dl	
PERFIL LÍPIDICO			
Colesterol Total	181	mg/dl	Menor a 200 mg/dl
Triglicéridos	242"	mg/dl	40 - 160 mg/dl
Colesterol HDL	38	mg/dl	
		Hombres: Mayor a 35 mg/dl	
		Mujeres: Mayor a 45 mg/dl	
Colesterol LDL	94.6	mg/dl	50 - 130 mg/dl
Colesterol VLDL	48.4	mg/dl	Menor a 45 mg/dl
Índice Aterogénico	4.8		Menor a 5
Observaciones	resultado confirmado		

Nora Elena González

NORA ELENA GONZALEZ
BACT ERIOLÓGICA UNIVALLE
T.P.24212

UROANÁLISIS

Cali:
Calle 226 Norte No. 3N - 52
Tels. : (57 2) 66 67 47 00 64 12

Bogotá Norte:
Calle 82 y 19 A
Tel. (1) 300 33 22

Bogotá Zona Industrial
Carretero No. 1g-51
Tel. (1) 742 96 69

Buenaventura:
Calle 7 # 3-11 Oficina: 602
Teléfono: (2) 2419326

Palmira:
Calle 31 N° 30-85
(2) 285 98 14

Tulua:
Calle 33 N° 24-39
(2) 234 33 55



**Unidad
de Salud
OCupacional**



LABORATORIO CLÍNICO

Paciente : JUAN CARLOS CERON ESPINOSA
Identificación: 16768312
Empresa : Particular
En Mision

Orden No : 10218712
Edad/Sexo : 50 / M
Fecha Recepción : 2020-01-08 10:29:36
Fecha Impresión : 2020-01-09 07:40:39.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO

Color : AIVIARILLO
Aspecto : LIGERAMENTE TURBIO

EXÁMEN QUÍMICO

Densidad : 1.030
pH : 5.0
Hemoglobina : NEGATIVO
Nitritos : NEGATIVO
Cetonas : NEGATIVO
Bilirrubina : NEGATIVO
Urobilinógeno : NORMAL
Proteínas : NEGATIVO
Glucosa : NEGATIVO

EXAMEN MICROSCÓPICO DE SEDIMENTO

Células Epiteliales Bajas : ESCASAS
Leucocitos x campo : 0 - 't XC
Bacterias : NEGATIVO
Moco

NORA ELENA GONZALEZ
BACTERIOLOGA UNIVALLE
T.P. 24212

Cali:
Calle 23B Norte No. 3N - S2
Tel. (57-?) 661 67 47 - bt0 64 12

Bogotá Norte:
Calle 82J 19A - 17
TQ. (1 y JUO J.t

Bogotá Zona Industrial.
Calle 100 Norte 1 0-5 1
Tel (j) -/t? ?-46 :-il

Buenaventura:
Calle 7 # 3-11 Oficina: 602
Teléfono: (2) 2419326

Palmira:
Calle 31 N° 30-85
(2) 285 98 14

Tulua:
Calle 33 N° 24-39
(2) 234 33 55



**Unidad
de Salud
Ocupacional**



LABORATORIO CLÍNICO

Paciente : JUAN CARLOS CERON ESPINOSA
Identificación : 1 768312
Empresa : Particular
En Mision :

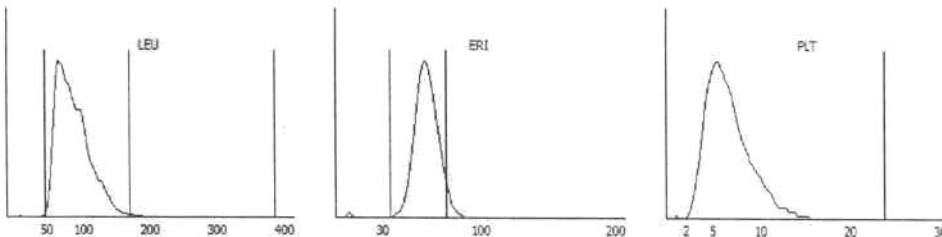
Origen No : 10218712
Edad/Sexo : 50 / M
Fecha Recepción : 2020-01-08 10:29:36
Fecha Impresión : 2020-01-09 07:49:41.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

LEUCOCITOS	7.59	$\times 10^3/\text{mm}^3$	3.5 -	10.0 $\times 10^3$
ERITROCITOS	5.09	$\times 10^6/\text{mm}^3$	3.80 -	5.80 $\times 10^6$
HEMOGLOBINA	fi g32	g/dl	11.0 -	16.5 g/dl
HEMATOCRITO	48.03	%	35.0 -	50.0 %
RECuento DE PLAQUETAS	401	$\times 10^3/\text{mm}^3$	150	450 $\times 10^3$
PTC	0.308	%	.100 -	.500 %
VCM	94.35	μ/m^3	80	97 μ/m^3
HCM	32.05	pg	26.5 -	33.5 pg
CCMH	33.97	g/dl	31.5 -	35.0 g/dl
IDE	11.48	%	10.0 -	15.0 %
VPM	7.68	μ/m^3	6.5 -	11.0 μ/m^3
IDP	11.25	%	10.0 -	18.0 %
% LINFOCITOS	36.80	%	17.0 -	48.0 %
% MONOCITOS	8.70	%	4.0 -	10.0 %
% NEUTROFILOS	49.30	%	43.0 -	76.0 %
% EOSINOFILOS	4.20	%		
% BASOFILOS	1.00	%		
// LINFOCITOS	2.79	$\times 10^3/\text{mm}^3$	1.2 -	3.2 $\times 10^3$
d MONOCITOS	0.66	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.3 -	0.8 $\times 10^3$
d NEUTROFILOS	3.74	$\times 10^3/\text{mm}^3$	1.2 -	6.8 $\times 10^3$
# BASOFILOS	0.08	$\times 10^3/\text{mm}^3$		
# EOSINOFILOS	0.32	$\times 10^3/\text{mm}^3$		



Nora Elena Gonzalo

NORA ELENA GONZALO
BACTERIOLOGA UNIVALLE
T.P. 24212

Cali:
Calle 23B Norte Nu 3N - 52
Tels.: (57-2) 661 67 47 - 660 84 12

Bogotá Norte:
Calle 82 # 19 A - 17
Tel. (1) 300 33 22

Bogotá Zona Industrial:
Calle 68 No 19-51
Tel. (1) 742 96 69

Buenaventura:
Calle 7 E 3-11 ificana. 6fJ2
Telf. f.no i2\241J?2ñ

Palmira:
Calle 31 N° 30-85
(Z) 2b5'28 14

Tuquá:
C:alm.J.J.N° 24 39
(?) 34 ?? 5ú



Unidad
de Salud
Ocupacional

OPTOMETRIA

Cód.:FT-MO-OP-01

Versión: 2

Fecha: 13/11/2015

Página: 1 de 2



1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 08/01/2020

Tipo de Examen:PREINGRESO

Número:16768312

Nombre: JUAN CARLOS CERON ESPINOSA

Cédula: 16768312

Empresa: Particular

Cargo: ASESOR EMPRESARIAL

En Misión:

Ciudad: CALI

Sexo: MASCULINO

Edad: 50

Sección: ·



2. ANAMNESIS

Primera vez: NO

Ultimo Examen visual: Años: 0

Meses: 0

Usa Rx: NO

Tipo: NO APLICA

Uso: NO APLICA

RX en uso OD:+1.50

RX en uso OI:+1.50

ADD:

Clase: MONOFOCAL

Anti Reflejo: Policarbonato

Otros:

Observaciones:CERCA

3. ANTECEDENTES PERSONALES

HTA: NO

Diabetes: NO

Trigliceridos: NO

Pterigio: NO

Glaucoma: NO

CX_Ocular: NO

Observaciones:

4. ANTECEDENTES LABORALES(Factor de Riesgo)

FISICOS: Radiaciones (UV-IR)NO

Soldadura:NO

Fundición:NO

Iluminación:NO

Calor:NO

QUIMICOS: Polvo: NO

Humo: NO

Liquido:NO

Gases y/o Vapores: NO

FISICO - QUIMICOS:

Madera: NO

Papel: NO

Textiles:NO

Sust inflam:NO

Metal: NO

Plásticos: NO

Vidrios: NO

Arco Eléctrico:NO

ELECTRICOS:

Aparatos Eléctricos: NO

BIOLOGICOS:

Material de laboratorio:NO

Secreciones: NO

Otros:

ERGONOMICOS:

Fijación permanente:NO

Otros:

Observaciones:NO REPORTA

5. SINTOMAS ACTUALES

Disminución AV lejos: NO

Cansancio: NO

Cefalea: NO

Disminución AV cerca: SI

Lagrimeo: NO

Prurito: NO

Enrojecimiento: NO

Ardor: NO

Secreción: NO

Desviación ocular: NO

Fotofobia: NO

Ressequedad: NO

Otros: ASINTOMATICO CON RX

6. EXAMEN

Agudeza Visual:

Sin Corrección:

Con Corrección:

Lejos OD: 20/20

OI: 20/25

Lejos OD:

OI:

Cerca OD:2.00 M-

OI: 2.00 M-

Cerca OD:0.50 M

OI: 0.75 M

Examen Externo:

OD: SANO

OI: SANO

Observaciones: AO NORMAL



Unidad
de Salud
Ocupacional

OPTOMETRIA

Cód.:FT-MO-OP-01

Versión: 2

Fecha: 13/11/2015

Página: 1 de 2



6. EXAMEN

Estado Motor

CVX Confrontación:AO NORMAL

Visión lejana:ORTHO

Visión próxima:ORTHO

PPC: 8

Oftalmoscopia:

OD: NORMAL OI: NORMAL

Observaciones: AO NORMAL

Refracción: OD: +0.25 E3SF AV: 20/20
OI: +0.50 ESF AV: 20/20

Subjetivo (RX final) OD:+0.25 ESF AV L: 20/20 AV C: 0.5M
Subjetivo (RX final) OI:+0.50 ESF AV L: 20/20 AV C: 0.5M ADD: 1.50

Visión cromática OD: NORMAL OI: NORMAL

Esteropsis: NORMAL

Observaciones:

7. DIAGNOSTICO

Diagnóstico OD: HIPERMETROPIA,PRESBICIA,

Diagnóstico OI: HIPERMETROPIA,PRESBICIA,

Recomendaciones:

8. CONDUCTA A SEGUIR

Conducta a Seguir: CAMBIO CORRECCIÓN

Control en 6 meses:

Control en 1 año:

Dotar EPP(Gafas Seguridad):

Continuar uso de EPP:

Remisión ortoptica:

Remisión oftalmología:

Corrección uso: OCASIONAL

Filtro UV:

Corrección Tipo: NO APLICA

JUAN CARLOS CERON ESPINOSA

c.c: 16768312

Neyla Galvis Narváez

Registro: 13450

Lic: N/A



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CARLOS CERON ESPINOSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16768312 realizó el día 16/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

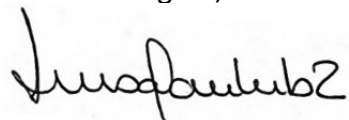
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JUAN CARLOS CERON ESPINOSA, con Cédula Ciudadanía No. 16768312 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 05/03/2020, para el contrato registrado con fecha desde 05/03/2020 y fecha hasta 31/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001013194465.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de marzo de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que JUAN CARLOS CERON ESPINOSA identificado con el documento No. 16768312 posee en la oficina EL REFUGIO (118) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 118745137 desde el 06 de junio de 2006, que muestra un saldo disponible a la fecha de:

SALDO: (\$ 317,716.61)

VALOR EN LETRAS:

(Trescientos DieciSiete Mil Setecientos DieciSeis Pesos Con 61/100 M/cte)

FECHA DE EXPEDICION: 2020/04/08

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:					Sucursal:					Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:
CALI					CALI					45		45-46-101007435		0
Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:			
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	EMISIÓN ORIGINAL			
04	03	2020	04	03	2020	00:00	30	04	2021	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: CERON ESPINOSA JUAN CARLOS								Identificación: 16768312		
Dirección: CRA 65A NO 1A-50				Ciudad: CALI - VALLE				Teléfono: 5183000		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1397783 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS DE OCHO (08) PROFESIONALES EN EL APOYO Y ASESORÍAS NECESARIAS A LOS INTEGRANTES DE LAS UNIDADES PRODUCTIVAS CREADAS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER, EN SUS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO PARA LA FORMALIZACIÓN, CRECIMIENTO Y ESCALABILIDAD EMPRESARIAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS FIJADOS POR LA ENTIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		04/03/2020	30/04/2021
		Suma Asegurada / Actual:	
		\$ 3,880,000.00	

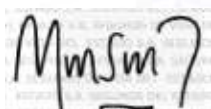
OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 3,880,000.00	04/03/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com



FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977



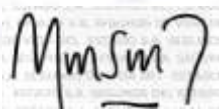
Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

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

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101007435, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 4 días del mes de Marzo de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101007435**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN 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, DEBERÁN 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 (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO 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, PREVALECEÁN 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.