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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**05413-069369**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.061.729.510	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	paredesjuandavid@gmail.com	**Número de Cuenta:**	488434429921
IP/Nº de contacto:	18614614	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7372044/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**18825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR DE NIVEL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, DEL CENTRO DE COMERCIO Y

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**07/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.681.597
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.681.597
Valor Bruto Pago:	**$ 4.292.877,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.388.720

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.292.877	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.292.877**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.845.377**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1069545915**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.717.151	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 949.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.845.377,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.292.877,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8560 - POPAYAN	8.586,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.284.291,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el municipio de Popayán con el curso Marketing digital grupo A6

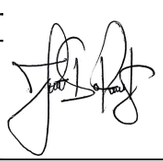
Impartir formación profesional en el municipio de Popayán con el curso Marketing digital grupo A3

Impartir formación profesional en el municipio de Popayán con el curso Marketing experiencial grupo A1

Impartir formación profesional en el municipio de Popayán con el curso Análisis del comportamiento del consumidor digital grupo A2

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



Firmado digitalmente por Juan David Paredes Ordoñez
Fecha: 2025.02.16 16:22:12 -05'00'

JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-02-08, 02:39:10 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2025
Empresa	JUAN DAVID PAREDES
CEDULA CIUDADANIA	CC 1061729510
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1069545915
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1253452677
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 423.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 800
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 178.000	$ 600
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 7.500	$ 100
N891500182	CCF14	COMFACAUCA	1	$ 8.600	$ 100

SubTotales:	$ 421.900	$ 1.600
Total a Pagar:		$ 423.500

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

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1253452677

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
08/02/2025

Número de aprobación
00452677

Dirección IP
186.146.149.20

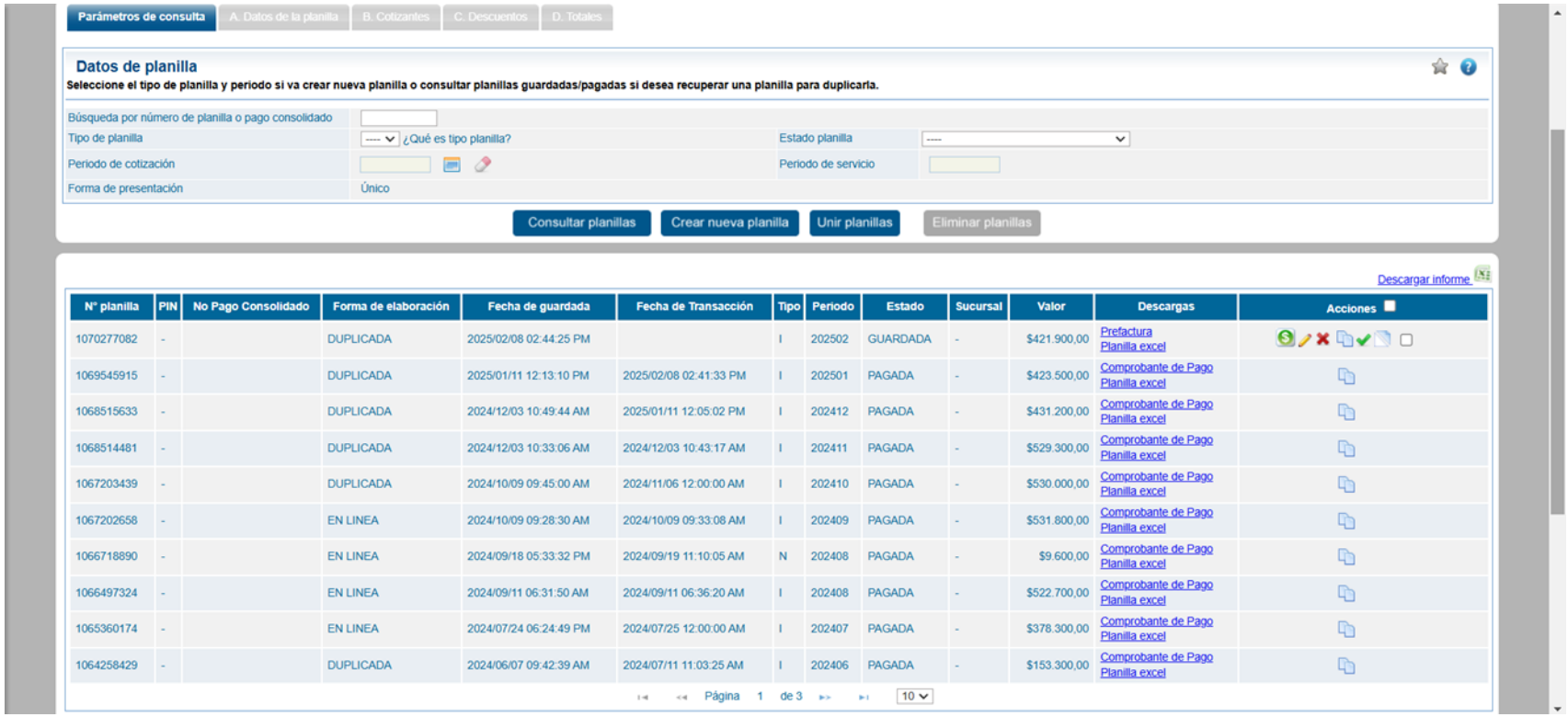
Valor transacción
$ 423.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.58	CC	1061729510

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Historial de pagos. Febrero 2025



N° planilla	PIN	No Pago Consolidado	Forma de elaboración	Fecha de guardada	Fecha de Transacción	Tipo	Periodo	Estado	Sucursal	Valor	Descargas	Acciones
1070277082	-		DUPLICADA	2025/02/08 02:44:25 PM		I	202502	GUARDADA	-	$421.900,00	Prefactura Planilla excel	
1069545915	-		DUPLICADA	2025/01/11 12:13:10 PM	2025/02/08 02:41:33 PM	I	202501	PAGADA	-	$423.500,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1068515633	-		DUPLICADA	2024/12/03 10:49:44 AM	2025/01/11 12:05:02 PM	I	202412	PAGADA	-	$431.200,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1068514481	-		DUPLICADA	2024/12/03 10:33:06 AM	2024/12/03 10:43:17 AM	I	202411	PAGADA	-	$529.300,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1067203439	-		DUPLICADA	2024/10/09 09:45:00 AM	2024/11/06 12:00:00 AM	I	202410	PAGADA	-	$530.000,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1067202658	-		EN LINEA	2024/10/09 09:28:30 AM	2024/10/09 09:33:08 AM	I	202409	PAGADA	-	$531.800,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1066718890	-		EN LINEA	2024/09/18 05:33:32 PM	2024/09/19 11:10:05 AM	N	202408	PAGADA	-	$9.600,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1066497324	-		EN LINEA	2024/09/11 06:31:50 AM	2024/09/11 06:36:20 AM	I	202408	PAGADA	-	$522.700,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1065360174	-		EN LINEA	2024/07/24 06:24:49 PM	2024/07/25 12:00:00 AM	I	202407	PAGADA	-	$378.300,00	Comprobante de Pago Planilla excel	
1064258429	-		DUPLICADA	2024/06/07 09:42:39 AM	2024/07/11 11:03:25 AM	I	202406	PAGADA	-	$153.300,00	Comprobante de Pago Planilla excel	

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1061729510 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/09/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. IPS NUEVA POPAYAN UT - U.T. IPS NUEVA POPAYAN - TR1**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1061729510,** se encuentra afiliado/a desde **14/11/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de febrero de 2025.



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

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

NIT: 891500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

E- mail: cobranzasalud@comfacauca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 138.887

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	CC	1061729510
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR PROGRAMAS ESPECIALES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CONCEPTO EN VIRTUD DE LA RES. 2346 DE 2007: APTO(A) PARA EL CARGO. NO HAY CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDAN AGRAVARSE POR EL TRABAJO. NO HAY RESTRICCIONES LABORALES.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PAQUETE OPTOMETRICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A LA ORINA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO : DEBE BAJAR 4 KILOS DE PESO CORPORAL
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EFECTUAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR GENERALIZADO, DE LAS EXTREMIDADES Y DE LA ESPALDA, CADA HORA.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCIÒN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. REFORZAR SOBRE PAUSAS ACTIVAS.	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA.
CARGO:INSTRUCTOR.

NOTAS ADICIONALES.:

1. *LA PRESENTE VALORACIÒN MÈDICO LABORAL SE REALIZÒ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR EL MÈDICO: TAPABOCAS QUIRÙRGICO , GORRO, Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÀREAS.*
2. *SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÒN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÒN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DIA DOSIS Y REFUERZOS, TOTAL 4 APLICACIONES. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO, VACUNARSE CONTRA EL TÈTANO HASTA COMPLETAR 5 DOSIS. VACUNARSE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA 1 DOSIS. CONTINUAR LA PRÀCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS CUANDO SE ESTIME NECESARIO.*

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Powered by CamScanner

Médico				Aspirante o Trabajador
Firma: 		Código de Seguridad		Firma:
Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO				Nombre: PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID
R. M.: 8671/90	L.S.O.: 04658-10-2020	K670Q1W138887	CC:	1061729510

Powered by CamScanner

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

NIT: 891500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
E-mail: cobranzasalud@comfacauca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 43635

Fecha: 15/01/2025 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 1061729510 Nombre: PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID Edad: 34 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 14/07/1990 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR PROGRAMAS ESPECIALES
Dirección: CRA 7A # 31N_19 Teléfono: 3045867138

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO Parentesco: NO Telefono Acompañante: NO
Nombre del Responsable: DIEGO PAREDES Parentesco: PAPÁ Telefono Responsable: 3154573249

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observacion
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

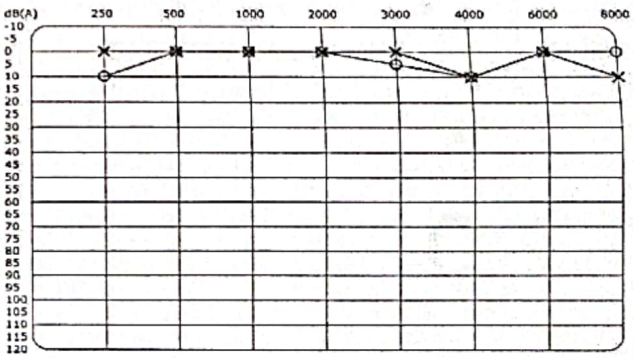
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 116 F. Ultima Calibración: 2024-03-14

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oido derecho: NORMAL
Oido izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	0	0	0	5	10	0	0
VAOI	0	0	0	0	0	10	0	10

PTA Oido Derecho	PTA Oido Izquierdo
1.25	0.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oido derecho: Normal(0 - 25 dB) Oido izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PERSONAL (EPP). SE OBTIENE:
IDX: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

Powered by CamScanner

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA

R. M.: 655365 L.S.O.:

Impreso el 15/01/2025 a las 09:06 a.m.

Código de Seguridad
H670N2T43635

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID

CC 1061729510

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Powered by CamScanner

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15-ene.-25 Nombre: Juan David Paredes Ordoñez ID: 1061729510 Edad: 34 ☑ Sexo Tel: 3045867138

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructor

Dirección: Cra 7A No. 31N-19 Municipio: Popayan Sexo: Masculino

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☐ Gafa ☐ VL ☐ VP

Tipo de gafa que usa: No Usa último control :

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av Vl ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☐ AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O : 20/20 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: N 20/20 Rx OI: N Av OI: 20/20 Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada: Monofocal

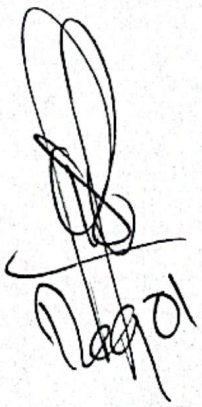
Presión Intra Ocular:

PIO OD: 11 *PIO OI:* 11 *Papila OD:* Normal Papila OI: Normal

x Refractivo: Emetropía Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

otas: Se receominda gafa protecci´pn uz azul



Calle 2 Cra 10 Esquina I.P.S Comfacauca - Te. 8244013 - Popayan

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ**
Identificación	:	1061729510
Edad	:	34 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 15/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 15/2025

EXAMEN SOLICITADO		**RESULTADO**		**V. REFERENCIA**
Glicemia Basal	:	81	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM Nº 3026

Carrera 8a. No. 2 - 44 Edificio Hormaza Apto 101 Tel: 8240289
Calle 15N No. 2 - 256 Centro Médico Quirúrgico Tels: 8237103 - 8239649 - 8239908 Celular 320 295 2631

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Varicela	1			
	2			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	3.07-24	034360006C 6a09 11	
	2	3 agosto 24		
	3			
	R			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
Fiebre amarilla		Única			
Influenza	ANUAL				
Neumococo 23		1			
Meningococo		1			
Prevenar 13					
Varicela					
OTRAS					

Powered by CamScanner

Wondershare
PDFelement

comfacauca
IPS

Yo Me Vacuno

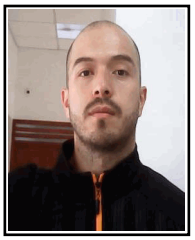
CARNET DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres	Juan David				
Apellidos	Paredes Ordoñez.				
Documento	CC	TI	PST	Nº.	1061729510
Fecha Nacimiento	14 d	09 s	1990 a		

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

Medicina integral ocupacional en seguridad y salud
"MIOSS IPS S.A.S"
NIT. 901455055 - 6
Calle 1A # 4-10 Barrio Vásquez Cobo (Popayán -Cauca)
3187899935 - (602) 2025447
mioss.ips@gmail.com - mioss.ips.sas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.006

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID	MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	1061729510 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : 8-15MMHG	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : TAMIZAJE DE ENFERMEDADES CRONICAS	CAPACITACIÓN : EN SST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES. SIN DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN LABORAL. PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

RECOMENDACIONES:
- PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO (10 MINUTOS CADA 2 HORAS , SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUE SEA NECESARIO , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZÚCARES. EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL.
-PARA LA EMPRESA: PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y CAPACITAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: MOPAN RODRIGUEZ NANCY CAROLINA

R. M.: 1061738450 **L.S.O.:** 07548-11-2021

Código de Seguridad

L1175R1X7006

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID

CC: 1061729510



Medicina Integral Ocupacional en Seguridad y Salud
"MIOSS IPS SAS"
NIT. 901455055 – 6
Dirección: Calle 1A N° 4 – 10 Barrio Vásquez Cobo Popayán (Cauca)
Celular: 318 7899935 – 602 2025447
E – mail: mioss.ips@gmail.com - mioss.ips.sas@hotmail.com

VALORACIÓN PSICOSOCIAL & PSICOLOGICA OCUPACIONAL

DATOS DEL EVALUADO	
NOMBRE	**JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ.**
FECHA	06 FEBRERO 2025.
IDENTIFICACION	1.061.729.510.
PROFESION	INGENIERO AUTOMATICO E INDUSTRIAL.
CARGO	**INSTRUCTOR.**
EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA).
NIT.	899999034-1.
Email	paredesjuandavid@gmail.com
TIPO DE EVALUACION	Ingreso Ocupacional.

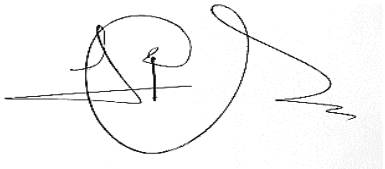
Con base en la valoración psicológica realizada al trabajador con el fin de explorar sus competencias laborales, se puede determinar lo siguiente:

COMPETENCIA EVALUADA	CUMPLE	PARCIAL	NO CUMPLE	DESCRIPCIÓN
ASERTIVIDAD LABORAL	X			El candidato cumple con la formación académica para aspirar a la vacante. Cuenta con las habilidades duras y blandas para asumir su rol de **Instructor.**
HABILIDADES SOCIALES.	X			El candidato obtuvo un puntaje bajo en las dimensiones de verdad (38) y paz (42), lo que sugiere ciertas dificultades en la comunicación asertiva y la resolución de conflictos, posiblemente manifestando un estilo más introvertido o reservado. Sin embargo, su puntaje alto en amor (60) refleja una capacidad significativa para conectarse emocionalmente con los demás, mostrando empatía y disposición para interactuar de manera afectiva. Las habilidades sociales del candidato pueden ser descritas como buenas en términos de relaciones emocionales, pero requieren fortalecimiento en la apertura y manejo de conflictos interpersonales.

HABILIDADES ORGANIZACIONALES.	X			El puntaje de rectitud (52) refleja un nivel medio de compromiso con la ética y la responsabilidad en el ámbito organizacional. Esto sugiere que el candidato podría mostrar un enfoque equilibrado en la toma de decisiones, buscando actuar de manera justa, pero no siempre con el mismo nivel de firmeza que otros. El puntaje en no violencia (54) también dentro del promedio indica que el candidato tiene un enfoque moderado en cuanto a mantener un ambiente armonioso y respetuoso, evitando conflictos, pero sin necesariamente fomentarlos proactivamente. Las habilidades organizacionales del candidato son adecuadas, pero podrían beneficiarse de un enfoque más proactivo en la gestión de relaciones laborales y en la toma de decisiones éticas más consistentes.
ADAPTABILIDAD.		X		El puntaje en verdad y paz, sumado a la tendencia a obtener un puntaje alto en amor, refleja que el candidato puede ser más adaptable en entornos donde se valora la empatía y la cercanía emocional, pero podría experimentar dificultades para adaptarse a situaciones que requieran mayor flexibilidad en la comunicación y resolución de conflictos. A pesar de estos desafíos, el puntaje promedio en no violencia y rectitud indica que el candidato podría ser capaz de adaptarse, aunque de manera más gradual, en situaciones que requieran un enfoque equilibrado, manteniendo una actitud respetuosa y ética.

OBESERVACIONES	
	Ψ No presenta alteraciones de tipo cognitivo y/o comportamental en alguna de sus esferas mentales, que requieran de seguimiento por psicología laboral. **(En el momento de la valoración).** Ψ No presenta antecedentes de trastornos mentales, que hayan requerido manejo por psicología clínica o psiquiatría**.**

CONCEPTO FINAL.	
	Como Psicólogo Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia vigente N° 04051-05-2022, certifico que el señor Juan David Paredes Ordoñez, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.061.729.510, **ha sido valorado y se considera apto para desempeñar el cargo de Instructor**. El candidato cuenta con cinco meses de experiencia en el cargo dentro de la organización, sin antecedentes psicosociales relevantes. Durante el período de prueba, se sugiere brindar acompañamiento en el desarrollo de estrategias que fomenten una mayor apertura en la expresión de ideas y sentimientos, así como el fortalecimiento de habilidades para la gestión de situaciones de tensión en el entorno laboral. Implementar espacios de retroalimentación y capacitación en comunicación efectiva y resolución de conflictos contribuirá a optimizar su desempeño y adaptación al cargo.



LUIS RUIZ
PSICOLOGO ESPECIALISTA SST
LIC. 04051-05-2023.
UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID** identificación cedula de ciudadanía No **1061729510** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si (X) No ( )

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.



VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 17 de febrero de 2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141162936054

(415)7707212489984(8020) 000014116293605 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 1 7 2 9 5 1 0	8	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 1 7 2 9 5 1 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PAREDES	ORDOÑEZ	JUAN	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CR 7 A 31 N 19 CONJ POTRERITOS DE LA HACIENDA

42. Correo electrónico: paredesjuandavid@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 8 6 7 1 3 8	

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 4 2	2 0 2 4 0 7 1 5	7 3 2 0	2 0 2 4 0 1 1 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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 PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ** identificado con **CC** No. **1061729510**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 12/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 07/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato 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): 202501012556103.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061729510 realizó el día 13/02/2025 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 JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061729510 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN DAVID PAREDES ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061729510 el día 13/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

POPAYAN, **14/01/2025**
CAUCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN DAVID PAREDES ORDONEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1061729510**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488434429921**
Fecha de apertura	**26/09/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101008597	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
03	02	2025	03	02	2025	00:00	13	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	PAREDES ORDOÑEZ JUAN DAVID	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,061,729,510
DIRECCIÓN:	CRA 7A 31N-19 CONJUNTO POTRER	CIUDAD: POPAYAN - CAUCA	TELÉFONO: 3045867138

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 4 NO. 2 80	CIUDAD: POPAYAN - CAUCA	TELÉFONO: 8243752
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.7372044 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR DE NIVEL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, PERTENECIENTES A LA RED DE VENTAS Y COMERCIALIZACIÓN Y AREA DE CONOCIMIENTO DE VENTAS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA DONDE SE LE ASIGNE POR LA ENTIDAD CONTRATANTE.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/02/2025	13/04/2026	$ 4,768,159.70

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,678.15	$ 8,000.00	$ 5,828.85	$ 36,507.00	$ 4,768,159.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
DERLY CECILIA OSNAS CERTUCHE	173968	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 4 NO 8-26 EDIFICIO MODESTO CASTILLO - TELÉFONO: 8242925 - POPAYAN

Firmado digitalmente por Juan David Paredes Ordoñez
Fecha: 2025.02.03 17:38:53 -05'00'

40-46-101008597
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. 40-46-101008597, 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 POPAYAN, a los 3 días del mes de Febrero de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA 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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1240944404

Destino de pago
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Motivo
Transaccion de pago

Fecha
03/02/2025

Número de aprobación
00944404

Dirección IP
181.63.58.206

Valor transacción
$ 36.506,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
1660755860	NIT	8600095786

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA