SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL RISARALDA
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**3 de agosto de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**95084-171882**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	**C.C.**	80.415.266	**IP/Nº de contacto**	63298
Correo electrónico contratista:	carobles@sena.edu.co				

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

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 80725127812

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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1652136/2020 **Nº Compromiso SIIF** **50620**

Valor Total del Contrato	$ 19.872.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.872.000	**1**	**Del**	**01/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 3.680.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.192.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.680.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.680.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.445.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4337933491**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.472.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.400	$ 0
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	$ 815.100	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.445.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.400,00	
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 - 8299	6.521,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	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%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.673.479,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades Realizadas del 1 al 31 de julio de 2020
Me permito informar que se realizo el proceso de registro de los aprendices en la plataforma sofia plus con un total de 98aprendices y la creacion de los grupos de wasthapp se realizaron llamadas telefonicas aprendiz por aprendiz de cada municipio Apia, pereira y la virginia despues de creadas las fichas2148837 , 2152078 y 2155554. se dio inicio a las sesiones de formacion teniendo en cuenta los resultados de aprendizaje . se dio inicio la formacion con manipulacion de alimentos explicando la resolucion 2674 de 2013 los aprendices estan desarrollando la prueba diagonstica , la guia de aprendizaje de higiene con los instrumentos de evaluacion .
pereira
planilla de pago numero 4337933491
cuenta Numero de Banco colombia 80725127812

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CARLOS FERNANDO CARDONA LANCHEROS
INSTRUCTOR G20

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

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80415266
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ALBERTO ROBLES ROBLES
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CONJ ELPOBLADO CASA 6B	TELÉFONO:	2693283
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	4337933491	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990765642	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500
		SUBTOTAL:	1	$ 140.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 109.800
		SUBTOTAL:	1	$ 109.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	$ 9.200

TOTAL PAGADO:	$ 259.500

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80415266,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2014** 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 23 de junio de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

SaludTotal EPS

Bogotá, Junio 23 de 2020

Señor:
ROBLES GARZON CARLOS ALBERTO
CC. 80415266
CANAVERA 1 CA 98 98 - 3405988
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 14 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GARZON DE ROBLES MARIA CONSUELO	28535662	C	Nov-4-1999	0	0	PADRES	NO VIGENTE	Sep-1-2000	Desafiliado por Retiro laboral (4 meses)	Ninguna
ROBLES GARZON CARLOS ALBERTO	80415266	C	Sep-14-2011	332	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	80415266	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	80415266	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	80415266	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14546673765

(415)7707212489984(8020) 000001454667376 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 4 1 5 2 6 6	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 4 1 5 2 6 6	1 9 8 7 0 1 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROBLES	GARZON	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
CONJ EL POBLADO BL 6 CA 6

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
carlosrobles25@gmail.com		3 1 7 5 8 7 8 5 7 2	2 6 9 3 2 8 3

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 29

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIRECCIÓN : CALLE 20 # 5 - 07 CONS. 101 EDIFICIO CENTRO MEDICO
PBX : 3332786 CELULAR : 3104174695

Datos de paciente



ORDEN	12-2462020		
NOMBRE	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	EDAD	51 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 80415266	SEXO	MASCULINO
ENTIDAD	SENA	ENTIDAD BENEFICIARIA	
FECHA DE ATENCION	24/06/2020	FECHA DE IMPRESION	24-6-2020

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN: INGRESO
ENFASIS ESPECIFICO: OSTEOMUSCULAR
EMPRESA: SENA
CARGO: INSTRUCTOR

CONCEPTO

Apto con patología que no limita la labor

EXÁMENES REALIZADOS

* AUDIOMETRIA
* OPTOMETRIA
* PERFIL LIPIDICO
* GLICEMIA
* PARCIAL DE ORINA
* COPROLOGICO
* KOH
* FROTIS DE GARGANTA
* VALORACION FONOAUDIOLOGICA
* CUADRO HEMATICO

OTROS EXÁMENES
REVISADOS, PENDIENTE OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Completar esquema de vacunación de adultos

Solicitar en su EPS valoración para descartar o confirmar enfermedad de origen comun

Solicitar en su EPS valoración y plan de manejo por sobrepeso

Uso de correción visual

PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA SIN SINTOMATOLOGIA SOSPECHOSA PARA COVID- 19, SE RECOMIENDA EN SU TRABAJO SEGUIR ESTRICTAMENTE LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCION 666 DEL 2020, SE RECOMIENDA VALORACION EN EPS POR ALTERACION METABOLICA Y EXAMEN DE GLICEMIA DE CONTROL, CONTROL DEL PESO, VALORACION POR NUTRICIONISTA, ACTIVIDAD FISICA CONTROLADA. SE RECOMIENDA VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA Y USO DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Capacitar en pausas activas e higiene postural

Realizar pausas activas durante la jornada laboral

Uso de protección personal según labores del cargo

Realizar Actividad Física Constantemente

EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994 Y LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO SUTANTIVO DE TRABAJO ARTÍCULO 62 ORDINAL A. PUNTO 1. HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES FIDEDIGNA, CIERTA, VERAZ Y COMPLETA Y QUE A SU VEZ NO HE OMITIDO NINGUN DATO SOBRE MI ESTADO DE SALUD.

ANDRES FELIPE GARCIA

Reg. Médico LPSSO: 610

C.C No. 80415266

LABORATORIO CLINICO MARCELA BETIN

DIRECCIÓN : CALLE 20 # 5 - 07 CONS. 101 EDIFICIO CENTRO MEDICO
PBX : 3332786 CELULAR : 3104174695

Datos de paciente



ORDEN	12-2462020		
NOMBRE	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	EDAD	51 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 80415266	SEXO	MASCULINO
ENTIDAD	SENA	ENTIDAD BENEFICIARIA	
FECHA DE ATENCION	24/06/2020	FECHA DE IMPRESION	24-6-2020

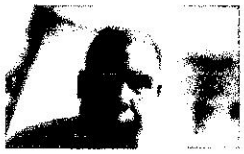
Examenes Realizados

EXÁMENES	RESULTADOS
Coprologico	
Color:	CARMELITA
Consistencia:	BLANDA
Olor:	SG
Flora bacteriana:	MODERADA
Almidon:	++
Levaduras:	
Otros	
	NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESTINALES EN LA MUESTRA ANALIZADA
Cuadro Hematico	ANEXO
Frotis De Garganta:	
Reaccion Leucocitaria	DISMINUIDA
	Bacilos Gram Negativos
	Cocos Gram Positivos
	Cocobacilos Gram Negativos
Glicemia	111 mg/dl
Valores de Referencia:	70 - 105 mg/dl
KOH	NO SE OBSERVAN FORMAS MICOTICAS

Parcial de Orina

Fisicoquimico		Microscopio	
Color:	AMARILLO	Celulas Altas:	X Campo
Aspecto:	TURBIO	Celulas bajas:	1-2 X Campo

Datos de paciente



ORDEN	12-2462020		
NOMBRE	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	EDAD	51 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 80415266	SEXO	MASCULINO
ENTIDAD	SENA	ENTIDAD BENEFICIARIA	
FECHA DE ATENCION	24/06/2020	FECHA DE IMPRESION	24-6-2020

Densidad:	1030	Leucocitos:	0-2 X Campo
Ph:	6.0	Moco:	+++
Nitrito:	NEGATIVO	Bacterias:	ESCASAS
Urobilinogeno:	NORMAL	Eritrocitos:	X Campo
Sangre:	NEGATIVO	Cristales:	ACIDO URICO +++
C. Cetonicos:	NEGATIVO	Piocitos:	X Campo
Bilirrubina:	NEGATIVO	Cilindros Hialinos:	X Campo
Glucosa:	NEGATIVO	Cristales:	OXALATO DE CA +
Proteinas:	NEGATIVO	Acumulo de leucocitos:	
Leucocitos:	NEGATIVO		

Observaciones

Perfil Lipidico

Colesterol Total	180 mg/dl
Valores de Referencia:	Hombres: Hasta 200 mg/dl
Triglicéridos	196 mg/dl
Valores de Referencia:	Hombres: Hasta 200 mg/dl
Colesterol HDL	53.44 mg/dl
Valores de Referencia:	Hombres: Sin Riesgo: Entre 35 - 55 mg/dl
Colesterol LDL	87.36 mg/dl
Valores de Referencia:	Hombres: Menor de 150 mg/dl
Colesterol VLDL	39.2 mg/dl
Valores de Referencia:	Hombres: Hasta 40 mg/dl



Profesional Que realiza La Atención
CLAUDIA MARCELA BETTIN G.
Reg. Bateriología: 262

CORPORACIÓN CLÍNICA MARCELA BETTIN

DIRECCIÓN : CALLE 20 # 5 - 07 CONS. 101 EDIFICIO CENTRO MEDICO
PBX : 3332786 CELULAR : 3104174695

Datos de paciente



ORDEN	12-2462020		
NOMBRE	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	**EDAD**	51 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 80415266	**SEXO**	MASCULINO
ENTIDAD	SENA	**ENTIDAD BENEFICIARIA**	
FECHA DE ATENCION	24/06/2020	**FECHA DE IMPRESION**	24-6-2020

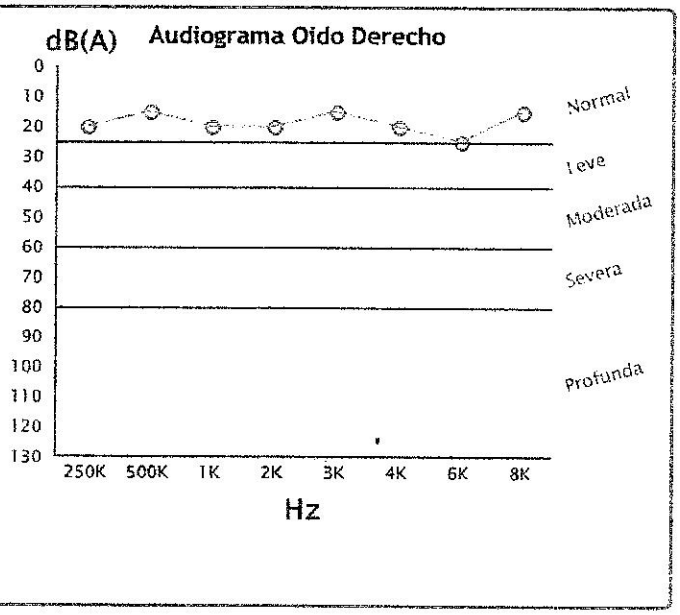
AUDIOMETRIA VIA AEREA (TAMIZ)

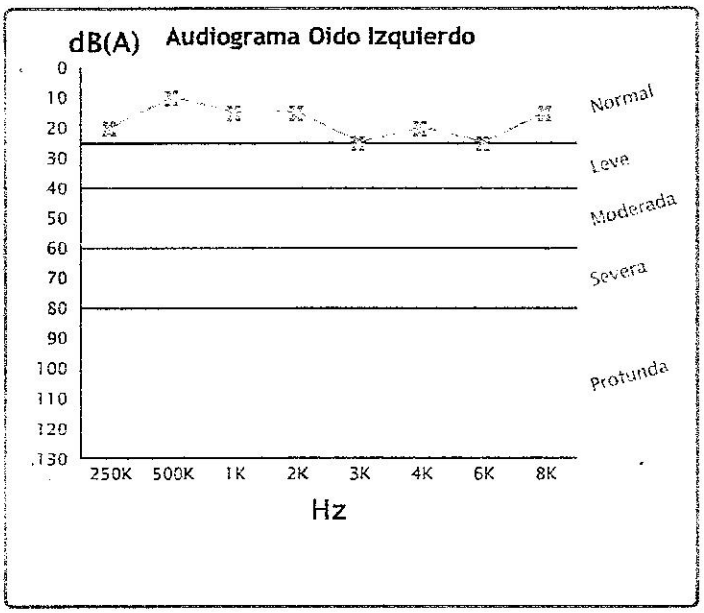
Antecedentes laborales con exposición a ruido en empresa actual

Cargo	Usa Proteccion Auditiva	Tipo de protección utilizada	Tolerancia
INSTRUCTOR	No		

Condiciones de toma de la prueba

Descanso auditivo:	8 Horas
Uso cabina sonoamortiguada:	si
Marca y Referencia Audiometro Utilizado:	OSCILLA SM 950
Fecha última calibración	07 de abril de 2018
Otoscopia	
Oido Derecho	normal
Oido Izquierdo	normal
Severidad CAOHC	
Oido Derecho	Normal (0-25dB)
Oido Izquierdo	Normal (0-25dB)





PROMEDIO DE TONOS PUROS			
PTA Via Area Oido Derecho	17.5	PTA Via Area Oido Izquierdo	16.25

RECOMENDACIONES:

Debe usar Proteccion para laborar: no

Se recomienda control de audiometria cada: AÑO

Diagnóstico:

AUDICIÓN DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD, BILATERAL

Firma del Profesional

Profesional que realiza la atención:
RUBY CENDERINI MUÑOZ SUA
Reg. Médico: 1022323100

DIRECCIÓN : CALLE 20 # 5 - 07 CONS. 101 EDIFICIO CENTRO MEDICO
PBX : 3332786 CELULAR : 3104174695

Datos de paciente



ORDEN	12-2462020		
NOMBRE	CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON	**EDAD**	51 AÑOS
IDENTIFICACION	CC 80415266	**SEXO**	MASCULINO
ENTIDAD	SENA	**ENTIDAD BENEFICIARIA**	
FECHA DE ATENCION	24/06/2020	**FECHA DE IMPRESION**	24-6-2020

OPTOMETRIA

Valoración Examen de Ingreso

		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
AGUDEZA VISUAL:	Visión Lejana:	20/20	20/20
	Visión Cercana:	20/100	20/100
OFTALMOSCOPIA: Fondo de Ojo	Normal:		
	Alterado:		
EXAMEN EXTERNO	Normal:		
	Alterado:		

Resultado de Examen

ESTADO MOTOR:

VL: Ortoforia
VC: Ortoforia

STEREOPSIS:

normal

VISION DEL COLOR:

normal

RX FINAL

OD	NEUTRO	-	x	ADD	+	2	AGUDEZA VISUAL	20/20
OI	NEUTRO	-	x	ADD	+	2	AGUDEZA VISUAL	20/20

Diagnósticos

Ojo Derecho	presbicia
Ojo Izquierdo	presbicia

El paciente necesita correcciones ópticas: SI

El paciente se considera: Apto con Limitaciones

Se recomienda control en: 12 Meses

Observaciones

USUARIO REQUIERE LENTES SOLO VISION PROXIMA, INFORMA SE QUEDARON SUS LENTES EN CASA.

Profesional Que realiza La Atención
ISRLENDY PARDO CASAS
Reg. Médico :

Firma del trabajador
C.C No.

	EVALUACION DE VOZ		CODIGO F-GCF-003
MARCELA ESTIN	Versión	Estándar	PAGINA
	01-2018	Fonoaudiología	Página 1 de 4

HISTORIA CLÍNICA EN VOZ

1. ***DATOS DE IDENTIFICACIÓN***

Nombres y apellidos: Carlos Alberto Robles Garzón ***Edad:*** 52 ***CC:*** 80415266

Cargo: Instructor Agroindustria ***Teléfono:*** 3175878572

Empresa: SENA

Fecha de realización: 24/06/2020

2. ***ANTECEDENTES PERSONALES***

	SI	NO	TIEMPO	CUÁLES
Enfermedades importantes		X		
Accidentes		X		
Hospitalizaciones		X		
Medicamentos		X		
Cirugías	X		5 A.	Parotida Izquierda
Tratamiento en ofa		X		
Tratamientos psiquiátricos		X		

	SI	NO
Ronquera		X
Fatiga vocal		X
Dolor al fonar		X
Dolor al deglurir		X
Esfuerzo al fonar		X
Sensación de picor/ardor		X
Sensación de cuerpo extraño		X
Carraspeo/tos recurrente		X
Sensación de sequedad vocal		X
Cambios vocales (intensidad/tono)		X
Episodios de disfonía/afonía		X

	SI	NO
Fuma		X
Consume alimentos picantes		X
Consume café		X
Bebidas oscuras	X	
Alimentos muy fríos		X
Alimentos muy calientes		X
Habla muy fuerte		X
Grita		X
Susurra		X

	SI	NO
Resfrios recurrentes		X
Alergias		X
Rge		X
Acidez		X
Dolor/tensión cervical		X
Problemas de atm		X

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA VOZ

Permeabilidad nasal	Bilateral 20/20			
	Izquierda 20/20			
	Derecha 20/20			
Tipo respirtatorio	Biaxial ___cm		Clavicular	
	Xifoidea ___cm		Costal Superior	
	Abdominal ___cm		Costoabdominal	X
Modo respiratorio	***REPOSO***		***FONACIÓN***	
	Nasal	X	Oral	
	Oral		Mixto	X
	Mixto			
Frecuencia respiratoria	20 X Min			
Coordinación fonorespiratoria	Coordinada			X
	Incoordinada			

Tiempo máximo de fonación	21,43seg +20,12seg+23,16seg= 64,71 /3=21,57seg		
Tipo fisiológico de fonación	Ataque	Fuerte	
		Débil	
		Normal	X
	Cuerpo	Inestable	
		Normal	X
	Filatura	Trunca	
		Normal	X
Competencia glótica	s/e: 11,90seg +8,62seg+15,21seg= 35,73 /3= 11,91 seg		
Prueba de glatzel		Nasaliza	No nasaliza
	/a/		
	/e/		
	/i/		
	/o/		
	/u/		
	/m/		
	/n/		
	/ñ/		
	Hipernasal ___		

	Hiponasal ___
	Normal X

Tono	Agudo		Medio		Grave	X
Intensidad	Aumentado		Disminuida		Normal	X
Timbre	Adecuado	X	Inadecuado		Otras cx	

PRAAT	
FO	
INTENSIDAD	
JITTER	
SHIMMER	

PUNTUACION VHI			
LEVE (0-30) X	***MODERADA (31-60)***	***SEVERA (61-90)***	***MUY SEVERA (91-120)***

ESCALA GRBAS

G (grado de disfonía)				***R*** (ruidos/ronquera)				***B*** (aérea/aspirada)				***A*** (astenia/débil)				***S*** (tensión)			
0X	1	2	3	0X	1	2	3	0X	1	2	3	0X	1	2	3	0X	1	2	3

(0 = normal - 1= leve - 2 = moderado - 3 = severo)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Paciente masculino de 32 años. Presenta cualidades acústicas de la voz acorde a la edad y género. Ritmo postural y respiratorios se encuentran dentro de parámetros normales.

Se dan indicaciones de cuidado e higiene vocal.

RUBY CENDERNI MUÑOZ SUA
REG. 1022323100
FONOAUDIÓLOGA UMB

FIRMA PACIENTE
cc. 80.415.266

MARCELA BETIN	EVALUACION DE VOZ		CODIGO F-GCF-003
	Versión	Estándar	PAGINA
	01-2018	Fonoaudiología	Página 4 de 4

ÍNDICE DE INCAPACIDAD VOCAL (VHI-30)

Nombres y Apellidos: Carlos Alberto Rokes Garzón ***cc.*** 80.413.266 ***Fecha:*** 24 Junio/20

PARTE I: F (Funcional)					
F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	X	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	X	1	2	3	4
F3. Mi familia no me oye si la llamo desde otro lado de la casa	X	1	2	3	4
F4. Uso el teléfono menos de lo que desearía	X	1	2	3	4
F5. Tiendo a evitar las tertulias debido a mi voz	X	1	2	3	4
F6. Hablo menos con mis amigos, vecinos y familiares	X	1	2	3	4
F7. La gente me pide que les repita lo que digo	0	X	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz, alteran mi vida personal y social	X	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	X	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta el rendimiento laboral	X	1	2	3	4
PARTE II: P (Físico)					
P1. Noto perder aire cuando hablo	X	1	2	3	4
P2. Mi voz suena distinto a lo largo del día	X	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta ¿qué te pasa con la voz?	X	1	2	3	4
P4. Mi voz suena quebrada y seca	X	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	X	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	X	1	2	3	4
P7. Trato de cambiar mi voz para que suene diferente	X	1	2	3	4
P8. Me esfuerzo mucho para hablar	X	1	2	3	4
P9. Mi voz empeora por la tarde	X	1	2	3	4
P10. Mi voz se altera en la mitad de una frase	X	1	2	3	4
PARTE III: E (Emocional)					
E1. Estoy tenso en las conversaciones por mi voz	X	1	2	3	4
E2. La gente parece irritada por mi voz	X	1	2	3	4
E3. Creo que la gente no comprende mi problema de voz	X	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	X	1	2	3	4
E5. Progreso menos debido a mi voz	X	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	X	1	2	3	4
E7. Me siento contrariado cuando me piden que repita lo dicho	X	1	2	3	4
E8. Me siento avergonzado cuando me piden que repita lo dicho	X	1	2	3	4
E9. Mi voz me hace sentir incompetente	X	1	2	3	4
E10. Estoy avergonzado de mi problema de la voz	X	1	2	3	4

1

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80415266 realizó el día 29/07/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80415266 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 26/06/2020

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	C 10093372
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CL 57 8 64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	LAGUIRREM@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5481500		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 10093372	HAIDEN DE JESUS CASTILLO

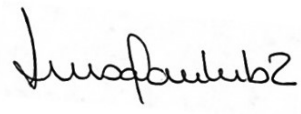
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	796	01/07/2020	C 80415266	ROBLES GARZON CARLOS	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

5A5C18822A650BF45C1D9BEA48937435 Certificado impreso el día 6/26/2020 3:22:35 PM por el portal de empresas Edesk



www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CARLOS ALBERTO
ROBLES GARZON
80415266

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

Certificación Bancaria

Bancolombia

22 julio, 2020

Señores:
Sena

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **CARLOS ALBERTO ROBLES GARZON** identificado(a) con cc. **80415266** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta Ahorro	807-251278-12	2006/08/14	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

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. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
PEREIRA	PEREIRA	55	55-46-101004414	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
26	06	2020	01	07	2020	00:00	12	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	ROBLES GARZON CARLOS ALBERTO			Identificación:	80415266
Dirección:	CONJUNTO CAÑAVERAL 1 CASA 98	Ciudad:	PEREIRA - RISARALDA	Teléfono:	3175878572

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CRA 8 CALLES 26 - 79	Ciudad:	PEREIRA - RISARALDA	Teléfono:	3138900

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.1652136 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/OLA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/07/2020	12/04/2021	$ 1,987,200.00

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	$ 1,987,200.00	26/06/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MAGDA LORENA MARTINEZ ECHEVERRY	200020	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 CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - Teléfono: 5124482 - PEREIRA

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.

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. 55-46-101004414, 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 PEREIRA, a los 26 días del mes de Junio de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.55-46-101004414

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.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.