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 ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**01255-457894**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	73.129.622	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	johnyguerrero@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	87684181210
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	7910985/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**98925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN REGENCIA DE FARMACIA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/06/2025 Al 30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.970.041
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 30.970.041
Valor Bruto Pago:	**$ 4.446.194,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.523.847

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.446.194	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	**$ 4.446.194**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.947.894**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9487502319**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.778.478	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 222.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 284.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.300	$ 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%	$ 22.949.039	$ 982.000	
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	2.947.894,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.939.194,00	
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 - BARRANQUILLA	39.392,00	1,000%
-	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	**$4.406.802,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación REGENCIA DE FARMACIA

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

JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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
NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/06/25 22:57:28 USUARIO: SIC - C.C. 73129622

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHedonado	EVELYN DONADO LOPEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO
Fecha y Hora Sistema:	2025-05-26-8:54 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5525 de fecha 2025-01-11. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	98925	**Fecha Registro:**	2025-05-23	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-008-930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.970.041,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.970.041,00	**Saldo x Obligar:**	30.970.041,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	73129622	**Razón Social:**	JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	87684181210	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Registro Previo

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	55308636	**Nombre:**	NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLANTICO

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.7910985-2025	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-05-23

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
930245 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF					
						30.970.041,00	0,00		
					Total:	30.970.041,00	0,00	30.970.041,00	30.970.041,00

Objeto:	Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación REGENCIA DE FARMACIA

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-05-30	0,00	0,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-30	4.446.194,00	4.446.194,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-07-30	4.599.511,00	4.599.511,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-30	4.599.511,00	4.599.511,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	4.599.511,00	4.599.511,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-30	4.599.511,00	4.599.511,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-30	4.599.511,00	4.599.511,00	NINGUNO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-30	3.526.292,00	3.526.292,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73129622		GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 #51b 137	BARRANQUILLA-ATLANTICO	6660488	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1559281352	9487502319	I	2025/07/07	2025/06/17	BANCOLOMBIA	0	$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805	$9,700		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805	$9,700		$0	$0
1	CC 73129622	GUERRERO JOHNY	25-14	30	$1,839,805	$294,400	EPS010	30	$1,839,805	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,805	$9,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,805	$294,400			$1,839,805	$230,000			$0	$0			$1,839,805	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73129622		GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 #51b 137	BARRANQUILLA-ATLANTICO	6660488	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1559281352	9487502319	I	2025/07/07	2025/06/17	BANCOLOMBIA	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$534,100	$0	$0	$534,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141180717761

(415)7707212489984(8020) 000014118071776 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 1 2 9 6 2 2	2	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUERRERO	OLIVERA	JOHNY	MANUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 11 58 25

42. Correo electrónico johnymguerrero@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
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 GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U 27325918

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria Sí [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 59 — 59 INDEPENDIENTE CON

7. Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	9. Tipo de doc
GUERRERO	OLIVERA	JOHNY	MANUEL	CC

10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento
73129622	F [ ] M [X]	Masculino	COL	País COL Departamento Municipio

15. Fecha de nacimiento 0 3 0 2 1 9 6 8 — **Estado civil** SOLTERO (A) — **EPS anterior** RES004_MAGISTERI

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia — **17. Comunidad**

18. Discapacidad Sí [ ] No [X] Categoría — **19. Tiene encuesta SISBÉN** Sí [ ] No [ ]

20. Clasificación SISBÉN Nivel / Grupo — **21. Grupo de población especial**

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL — **23. Administradora de Pensiones**: SIN INFORMACION — **24. Ingreso base de cotización - IBC**: 1.500.000 — **25. Tarifa Contribución Solidaria**

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CL 3 # 51 B - 137		3205423805	JOHNYGUERRERO@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BARRANQUILLA	Cabecera municipal [X] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [ ]		ATLANTICO	2808 IPS VIVA 1A PORTAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres — **28. Tipo de doc**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento
	F [ ] M [ ]			País Departamento Municipio

34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A — **Dirección** — **Municipio/Distrito**

Zona: Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [ ] — **Departamento** — **Código IPS (a registrar por la EPS)** — **Teléfono fijo** — **Teléfono Celular**

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	35. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				X						
B2										
B3										
B4										
B5										

	Datos complementarios 43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Sí	No	48. Clasificación SISBÉN Nivel	Grupo	49. Discapacidad Sí	No	Categoría	50. Discapacidad permanente Sí	No
B1										X			
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio / Distrito	Zona	CM	CP	RD	RR	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54.Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de doc	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL -

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27325918

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 15. Traslado: [X] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico F [ ] M [ ]	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	65. EPS anterior D RES004_MAGISTERIO A

66. Fecha de novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Código 1	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBÉN vigente.

- ORIGINAL -

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

Johny Gamero

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor

X. ANEXOS

CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: **Cantidad:** **Total**
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

EPS

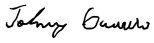
sura

Señor Afiliado:
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA

Cédula: CC73129622

Firma: 

VIGILADO Supersalud

Este documento fue generado con la información registrada el 13/05/2025 13:36:35 para efectos del formulario de afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **73129622,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2019** 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 07 de abril 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

Barranquilla
13 de mayo 2025

CERTIFICO

A QUIEN INTERESE:

Que el señor(a) Johny Manuel Guerrero Olivera, identificado con cédula de ciudadanía No. 73.129.622, se le practicó observación, palpación, evaluación del rango de movimiento y evaluación de fuerza muscular, determinando que no padece ninguna alteración en su sistema musculoesquelético.
Se extiende la presente a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.
Atentamente.
Paulina Carbonó

Fisioterapeuta (Universidad Simon Bolivar)

Paulina Carbonó Cuevas
FISIOTERAPEUTA
Tarj. 167 Reg. 836/04
Universidad Simón Bolivar

FIRMA

SSO - CRC SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS
"Salud Ocupacional y seguridad vial nuestro COMPROMISO"
NIT. 802022218 - 2

Dirección: Cra. 49 No. 74 - 77/91
Web: www.ssobq.com
Tel: (605) 332 7294 - Cel: (313) 546 4664
Barranquilla - Colombia



EXAMEN DE OPTOMETRIA GENERAL

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 176.154**

Fecha: 13/05/2025 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 73129622 **Nombre:** GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL
Fecha de Nacimiento: 03/02/1968 **Edad:** 57 AÑOS 3 **Dirección y Municipio:** CL 3 N 51B 137 PUERTO COLOMBIA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Teléfono: 3205423805 **Genero:** MASCULINO **Eps:** MAGISTERIO **Régimen:**
Profesión o Cargo: INSTRUCTOR **Empresa:** LP - PARTICULAR
Tipo Evaluación Medica: EVALUACION OCUPACIONAL PRE-INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** HACE 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BARRANQUILLA **Motivo Consulta:** EXAMENES DE INGRESO
Visiómetro: NO APLICA **Fecha de la Última Calibración:** 07/11/2019
Nombre del Acudiente: **Parentesco:** **Teléfono:**

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	ILUMINACION
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	MONFOCALES
TIPO DE USO	SOLO CERCA
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	PRESBICIA AMBOS OJOS
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 30	20/100	N/A	NO APLICA	N/A	20/30
O.I:	NO APLICA	20/25-	20/100	N/A	NO APLICA	N/A	20/30
A.O:	NO APLICA	20/25	20/100	N/A	NO APLICA	N/A	20/30

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SIN ALTERACIONES EN ESTRUCTURAS OCULARES, ESTRUCTURAS EN BUEN ESTADO DE SALUD**
OJO IZQUIERDO: **SIN ALTERACIONES EN ESTRUCTURAS OCULARES, ESTRUCTURAS EN BUEN ESTADO DE SALUD**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ 20
OJO DERECHO	AV VL 20/ 20

Powered by CamScanner

RX FINAL

OJO DERECHO	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 20	ADD+2.50
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 20	ADD+2.50

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H520	HIPERMETROPIA	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE LE ACTUALIZA LA CORRECCIÓN ÓPTICA AL PACIENTE, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL TANTO DE LEJOS COMO DE CERCA CON LA CORRECCIÓN ÓPTICA ACTUAL, CONTROL EN 1 AÑO.

C: Rafael José Añez R. Optómetra Reg. 1010192277

Firma:
Nombre: AÑEZ ROMERO RAFAEL JOSE
R. M.: 1010192277 **L.S.O.:**

Firma:
Nombre: GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL
CC: 73129622

Powered by CamScanner

PASTEUR
Laboratorios Clínicos de Colombia S.A.S

Apellidos:	**GUERRERO OLIVERA**	**Fecha Ingreso:**	**13-05-2025**
Nombres:	**JOHNY MANUEL**	**Numero Orden:**	**2505130302**
Identificacion:	**73129622**	**Sede:**	**PRINCIPAL BAQ**
Edad:	**03-02-1968 - (57 Años) Sexo: M**	**Procedencia:**	**REFERENCIA**
Medico:	**REFERENCIA LABORATORIOS**	**Fecha Impresion:**	**13-05-2025 01:05 PM**

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
RECUENTO DE ERITROCITOS.	4.8	10^6/µL	4.20 - 5.10
HEMOGLOBINA.	13.7	g/dl	12.20 - 15.90
HEMATOCRITO.	42.1	%	36.60 - 48.50
VCM.	88.2	fl	80.00 - 99.00
CHM.	28.8	pg	27.00 - 31.00
CHCM.	32.7	g/dl	33.00 - 37.00
ADE.	15.6	%	12.00 - 15.00
RECUENTO DE PLAQUETAS.	256.0	10^3/µL	150.00 - 450.00
VPM.	7.7	fl	7.00 - 10.40
RECUENTO DE LEUCOCITOS.	4.8	10^3/µL	5.00 - 10.00
FORMULA DIFERENCIAL VALOR RELATIVO			
NEUTROFILOS.	58.5	%	55.00 - 65.00
EOSINOFILOS.	2.4	%	0.00 - 4.00
BASOFILOS.	0.3	%	0.00 - 1.00
LINFOCITOS.	32.6	%	25.00 - 35.00
MONOCITOS.	4.4	%	2.00 - 8.00
FORMULA DIFERENCIAL VALOR ABSOLUTO			
NEUTROFILOS.	2.8	10^3cell/µL	2.50 - 7.50
EOSINOFILOS.	0.1	10^3cell/µL	0.05 - 0.50
BASOFILOS.	0.0	10^3cell/µL	0.02 - 0.10
LINFOCITOS.	1.6	10^3cell/µL	1.00 - 4.00
MONOCITOS.	0.2	10^3cell/µL	0.10 - 0.70

Los valores de referencia de la fórmula diferencial pueden variar
De este estudio únicamente están acreditados por el ONAC los siguientes exámenes: Recuento de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ADE, Recuento de plaquetas, VPM, Recuento de Leucocitos.

PASTEUR Laboratorios Clínicos de Colombia · ONAC ACREDITADO · ISO 15189:2012 21-LCL-005

Muestra: Sangre total con EDTA k3 | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Colorimétrico: hemoglobina. - citometría de flujo: hematíes y plaquetas. - dispersión de luz: leucocitos

Belinda Reyes Torres | C.C.: 22742719

INMUNOQUIMICA

GLICEMIA	101	mg/dl	Mujer: 75-104 Hombre: 76-104 Valores de referencia cambiaron a partir del 7 de diciembre 2021

Muestra tomada por laboratorio externo. La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE. PROCESADO EN SISTEMA ROBOTICO APTIO DE SIEMENS

PASTEUR
• **BARRANQUILLA • PRINCIPAL:** Cra. 50 # 79 - 172 PBX: 605 3091575
• **CARTAGENA:** C.C. Plazuela 21 Cra 71 No. 31 - 219 Locales 3 - 4 - 5 Teléfono: 605 6933348
• **SANTA MARTA:** Calle 20 No. 11 - 75 Local 101 C.C Acuarium Tel.: 605 4365182
atencionalusuario@pasteurlab.com • www.pasteurlab.com

Powered by CamScanner

Apellidos:	**GUERRERO OLIVERA**	**Fecha Ingreso:**	**13-05-2025**
Nombres:	**JOHNY MANUEL**	**Numero Orden:**	**2505130302**
Identificacion:	**73129622**	**Sede:**	**PRINCIPAL BAQ**
Edad:	**03-02-1968 - (57 Años) Sexo: M**	**Procedencia:**	**REFERENCIA**
Medico:	**REFERENCIA LABORATORIOS**	**Fecha Impresion:**	**13-05-2025 01:05 PM**

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Colorimétrico

Estefani Martelo Camacho | C.C.: 1143328991

COLESTEROL TOTAL	136.04	mg/dl	Mujer: 114-199 Hombre: 106.5-199 Valores de referencia cambiaron a partir del 7 de diciembre 2021

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Colorimétrico

Estefani Martelo Camacho | C.C.: 1143328991

COLESTEROL HDL	46.24	mg/dl	BAJO (NO DESEABLE ALTO RIESGO): MENOR DE 40 ALTO (DESEABLE BAJO RIESGO): MAYOR DE 60

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Colorimétrico

Estefani Martelo Camacho | C.C.: 1143328991

COLESTEROL LDL	76.79	mg/dl	OPTIMO: MENOR DE 100 CERCA DE LO OPTIMO: 100 - 129 ALTO LIMITE: 130 - 159 ALTO: 160 - 189 MUY ALTO: MAYOR DE 190

Mensurando no acreditado

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Cinético

Estefani Martelo Camacho | C.C.: 1143328991

TRIGLICERIDOS	119.19	mg/dl	Mujer: 26.1-139.8 Hombre: 47-148 Valores de referencia cambiaron a partir del 7 de diciembre 2021

Muestra tomada por laboratorio externo. La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE. PROCESADO EN SISTEMA ROBOTICO APTIO DE SIEMENS

PASTEUR
• **BARRANQUILLA - PRINCIPAL:** Cra. 50 # 79 - 172 PBX: 605 3091575
• **CARTAGENA:** C.C. Plazuela 21 Cra 71 No. 31 - 219 Locales 3 - 4 - 5 Teléfono: 605 6933348
• **SANTA MARTA:** Calle 20 No. 11 - 75 Local 101 C.C Acuarium Tel.: 605 4365182
atencionalusuario@pasteurlab.com • www.pasteurlab.com

Powered by CamScanner

PASTEUR
Laboratorios Clínicos de Colombia S.A.S

Apellidos:	**GUERRERO OLIVERA**	**Fecha Ingreso:**	**13-05-2025**
Nombres:	**JOHNY MANUEL**	**Numero Orden:**	**2505130302**
Identificacion:	**73129622**	**Sede:**	**PRINCIPAL BAQ**
Edad:	**03-02-1968 - (57 Años) Sexo: M**	**Procedencia:**	**REFERENCIA**
Medico:	**REFERENCIA LABORATORIOS**	**Fecha Impresion:**	**13-05-2025 01:05 PM**

	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Muestra: Suero | Fecha Tomado: 13/05/2025 09:12 | Fecha Validación: 13-05-2025
Metodo: Colorimétrico

Estefani Martelo Camacho | C.C.: 1143328991

Examenes Pendientes

TOMA DE MUESTRA

Muestra tomada por laboratorio externo. La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al médico.
ESTE EXAMEN HA SIDO REVISADO Y FIRMADO ELECTRONICAMENTE. PROCESADO EN SISTEMA ROBOTICO APTIO DE SIEMENS

PASTEUR
• **BARRANQUILLA - PRINCIPAL:** Cra. 50 # 79 - 172 PBX: 605 3091575
• **CARTAGENA:** C.C. Plazuela 21 Cra 71 No. 31 - 219 Locales 3 - 4 - 5 Teléfono: 605 6933348
• **SANTA MARTA:** Calle 20 No. 11 - 75 Local 101 C.C Acuarium Tel.: 605 4365182

Powered by CamScanner

MAG. VILMA MOLINA BAYONA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
T.P. · 149588
DIR. CALLE 45C # 18 - 66 CONSULTORIO ·301
TEL: 3023721414

Barranquilla, 13 de mayo de 2025

Señores:

·CERTIFICADO PSICOSOCIAL

Yo, Vilma Molina Bayona psicóloga, con número de Tarjeta Profesional N° 149588, certifico que:

Nombre del evaluado: Johny Manuel Guerrera Olivera
Tipo y numero de identidad: C.C. # 73129622
Edad: 57 años
Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 3 de febrero de 1968
Fecha de Evaluacion:13 mayo de 2025

Luego de realizar una evaluación psicosocial que incluyó entrevistas clínicas, pruebas psicométricas estandarizadas y revisión del entorno familiar y social, se concluye que el Sr. Johny Manuel Guerrera Olivera presenta un estado emocional estable, habilidades sociales adecuadas, capacidad para el trabajo en equipo, responsabilidad, y manejo adecuado del estrés.

No se evidencian indicadores de riesgo psicosocial que impidan su ingreso o desempeño en un entorno laboral. Se encuentra apto para incorporarse a funciones laborales conforme a los requerimientos generales del puesto, dentro de un ambiente organizacional saludable.

Este certificado se emite a solicitud del interesado 13 días del mes de mayo de 2025 y para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Vilma Molina B.
Psicóloga
R.P. No. 149588

Vilma Molina B.
Mag. Vilma Molina Bayona
T.P.# 149588
Tel: 3023721414
vilmamolina1@outlook.es

Powered by CamScanner

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Johny Manuel Guerrero Olivera

C.C 73.129.622

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de mayo 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 766010473000

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 realizó el día 17/06/2025 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 JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 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) JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 el día 17/06/2025 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 realizó el día 17/06/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 realizó el día 17/06/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 73129622 realizó el día 17/06/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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, **JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA** identificado con **CC** No. **73129622**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 02/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/06/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501016195517.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de junio 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

Martes, 13 de mayo de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **JOHNY MANUEL GUERRERO OLIVERA**, identificado con CC. **73.129.622**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	87684181210	2025/05/13	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101045647	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
23	05	2025	02	06	2025	00:00	23	04	2026	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL			C.C. :73,129,622
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CARRERA 16 NO 51-50	CARTAGENA - BOLIVAR		3205423809

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SENA REGIONAL ATLANTICO			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CIUDAD:		TELÉFONO:
CRA 43 N 42-40	BARRANQUILLA - ATLANTICO		6053851285
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.7910985 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 8-9302-1337 INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LAFORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA YCOMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN REGENCIA DE FARMACIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/06/2025	23/04/2026	$ 3,097,004.10

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,097,004.10	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ZAMORA SCHETTINI JENNI	20358	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 58 NO. 70-136 - TELÉFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-46-101045647

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. 85-46-101045647, 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 BARRANQUILLA, a los 23 días del mes de Mayo de 2025



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010456470

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL			C.C. C.C. :73,129,622	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101045647				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101045647 - 0 - 0		$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 85461010456470

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	GUERRERO OLIVERA JOHNY MANUEL			C.C. C.C. :73,129,622	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 85-46-101045647				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BARRANQUILLA - CU. ESTATAL - 101045647 - 0 - 0		$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 33,320.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: ZAMORA SCHETTINI JENNI - 20358	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 33,320.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.85-46-101045647

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO