SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTA

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**98045-854383**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO
Correo electrónico contratista: jovanny-7@hotmail.com
C.C. 1.116.441.649 **IP/Nº de contacto** 3158528767

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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 656377298

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: N/A

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: 1795393/2020 **Nº Compromiso SIIF** 54320

Valor Total del Contrato	$ 15.160.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.160.600	**1**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.663.812,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.496.788		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.663.812		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	**$ 3.663.812**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.434.584**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Septiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Dec. 1273 de 20**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.465.525	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.700	$ 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	$ 811.528	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.434.584,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.246.112,00	
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 - 8523	6.492,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	18.319,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.639.001,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2144538-1:Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje
2144538-1:Actividades de apropiación del conocimiento (Conceptualización y Teorización).
2194515:Reconocer las características de cada tipo de empresa, según su clasificación legal.
2194517: Reconocer las características de cada tipo de empresa, según su clasificación legal.
2194519: Reconocer las características de cada tipo de empresa, según su clasificación legal.
2194521: Reconocer las características de cada tipo de empresa, según su clasificación legal.
2194515: Clasificar las obligaciones tributarias, teniendo en cuenta el tipo de empresa.
2194517: Clasificar las obligaciones tributarias, teniendo en cuenta el tipo de empresa.
2194519: Clasificar las obligaciones tributarias, teniendo en cuenta el tipo de empresa.

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.

JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO
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,

JUAN CARLOS DIAZ POSADA
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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

COOSALUD 25

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1116441649** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 19 de agosto del 2020. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS TORRES
Director de Operaciones - Contributivo
linea018000@coosalud.com
COOSALUD EPS

Escaneado con CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14688103325

(415)7707212489984(8020) 000001468810332 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 4 4 1 6 4 9	3	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Zarzal 8 9 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	URREGO	JAIRO	JOVANNY

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Roldanillo 6 2 2

41. Dirección principal
CL 7 3 N 02

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jsuarezurrego@gmail.com		3 1 6 3 5 9 9 1 6 0	3 2 1 7 8 1 3 9 7 3

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 2 0 0 3 1 3

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 SUAREZ URREGO JAIRO JOVANNY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SIGMA OCUPACIONAL SAS
NIT : 901102991-0
LSST No. 1804 del 03/11/2017

Calle 25 # 37-53, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2324898
sigmaocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2020-03-17	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	**364121**



IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos				Identificación	Sexo
JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO				CC 1116441649	Masculino
Fecha Nacimiento	**Edad**	**Tipo Sangre - Rh ***	**Peso**	**Talla**	**Índice Masa Corporal**
1992-02-29	28 años	O+	58 kilogramos	182 centimetros	17.51
Dirección Residencia				**Teléfonos**	
CALLE 7 N3N-02				3163599160	

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

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural

Certificado emitido de acuerdo a Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2020-03-17. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes Paraclinicos
Optometría Ocupacional (Manual) (2020-03-17), CLASIFICACION RIESGO CARDIOVASCULAR
RIESGO NEUROSPICOLOGICO

Exámenes Laboratorio
Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2020-03-17), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2020-03-17), Colesterol Total (2020-03-17), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2020-03-17), Hemograma IV Metodo Automatico (2020-03-17), Trigliceridos (2020-03-17)

Vacunación
Vacunas no realizadas

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Cardiovascular: Cumple con requisitos de salud para desempeñar la tarea
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Recomendaciones Específicas
APTO PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES. RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO POR IMC, NO ANTECEDENTES PERSONALES NI FAMILIARES, OM APTO, RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO, ENFASIS NEUROPSICOLOGICO APTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico

Recomendaciones Generales - Observaciones
PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS

Firma Especialista

Omar Andrés Aguirre Rivera
Registro No.: 76-4298/07
LSST.: 1216/12

SIGMA OCUPACIONAL SAS
NIT : 901102991-0
LSST No. 1804 del 03/11/2017

Calle 25 # 37-53, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2324898
sigmaocupacional@gmail.com

HC No. 1116441649 Orden Servicio No. 364121

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2020-03-17 09:39:43	**Orden Servicio No.**	**364121**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	Cardiovascular, Osteomuscular		
Ciudad	TULUÁ (Valle del Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	Persona Natural		

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO			**No. Identificación**	CC 1116441649
Sexo	Masculino	**Grupo Étnico**	Otro		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1992-02-29	**Edad**	28 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	4 personas		
Nivel Educativo	Profesional	**Profesión u Oficio**	ADMINISTRADOR EMPRESAS MG DESARROLLO RURAL		
Ciudad Residencia	ROLDANILLO (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	CALLE 7 N3N-02			**Estrato**	2
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3163599160				
Correo Electrónico					
EPS	- No Recuerda -	**ARL**	- No Recuerda -	**AFP**	- No Recuerda -
Acompañante/Responsable	No Registra				



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTOR	**Área de Trabajo**	SENA
Descripción Cargo	INSTRUCTOR		
Turno de Trabajo	Diurno	**Rango Salarial**	Desconoce
Factores de Riesgo para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo	No		
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Botas, Otro ()	

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Factores Riesgo (*)	Elementos Protección Personal (**)
UNIVERSIDAD DEL VALLE	DOCENTE	2 AÑOS	F,E,P	O

(*) **F**: Físicos, **Q**: Químicos, **B**: Biológicos, **M**: Mecánicos, **E**: Biomecánicos, **P**: Psicosocial, **S**: Seguridad, **L**: Locativos
(**) **C**: Casco, **G**: Gafas, **A**: P. Auditivos, **R**: P. Respiratorio, **M**: Guantes, **B**: Botas, **O**: Otro

Refiere Antecedentes de Accidentes de Trabajo	No	**Refiere Antecedentes de Enfermedad Laboral**	No

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes	Negativo.	**Epilepsia**	Negativo.
Hipertensión Arterial	Negativo.	**Enfermedad Mental**	Negativo.
Accidente Cerebrovascular	Negativo.	**Enfermedad Respiratoria**	Negativo.
Cáncer	Negativo.	**Alérgicos**	Negativo.
Otros	Negativo.		
Observaciones	NO INFORMA		

V. ANTECEDENTES PERSONALES

Cefalea	Negativo	**Diabetes Mellitus**	Negativo	**Epilepsia**	Negativo
Enfermedad Visual	Positivo	**Hepatitis**	Negativo	**Cancer**	Negativo
Enfermedad Oidos	Negativo	**Hernias**	Negativo	**Varices**	Negativo
Hipertensión Arterial	Negativo	**Enf. Gastrointestinal**	Negativo	**Dermatitis**	Negativo
Enfermedad Cardiaca	Negativo	**Enfermedad Renal**	Negativo	**Alérgias**	Negativo
Enfermedad Tiroides	Negativo	**Enf. Osteomuscular**	Negativo	**Cirugías**	Negativo
Enf. Respiratoria	Negativo	**Enf. Psiquiátrica**	Negativo	**Otro**	Negativo
Observaciones	VISUAL MIOPIA, RESTO NIEGA ANTECEDENTES				
Hemoclasificación (Referido por Usuario)	O+				
Antecedentes Inmunológicos	**Porta carnet?**	No			
	Otros	NO CARNET			

VI. HÁBITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Tabaco	No Fumador		**Cantidad**				
	Tiempo Fumando				**Tiempo de Suspensión**		
Licor	No		**Tiempo**	años	**Frecuencia**		
Practica Deporte?	No	**Cuál?**			**Frecuencia**		
Sustancias Psicoactivas?	No	**Cuál?**			**Frecuencia**		

VII. REVISIÓN POR SISTEMAS (SÍNTOMAS)

Visual	No	**Respiratorio**	No	**Genitourinario**	No	**Nervioso**	No
Auditivo	No	**Gastrointestinal**	No	**Osteomuscular**	No	**Vascular**	No
Cardiaco	No	**Endocrino**	No	**Psicológico**	No	**Piel y Faneras**	No
Observaciones	NIEGA RECIENTES						

VIII. EXAMEN FÍSICO

Peso	58 kilogramos	**Talla**	182 centimetros	**Dominancia**	Diestro		
Índice Masa Corporal	17.51	Bajo Peso	**Perímetro Abdominal**	62 centimetros	Riesgo Bajo		
Tensión Arterial	120/80 mmHg	**Frecuencia Respiratoria**	18 resp/min	**Frecuencia Cardiaca**	80 latidos/min		
Aspecto General	Buen Estado General						
Examen Visual	**Corrección Próxima**	No	**Ojo Izquierdo**	0.5	**Ojo Derecho**	0.5	
	Corrección Lejana	No	**Ojo Izquierdo**	20/20	**Ojo Derecho**	20/20	
Cabeza	Normal.		**Ojos**	Normal.			
Nariz	Normal.		**Oidos**	Normal.			
Boca	Normal.		**Faringe**	Normal.			
Cuello - Tiroides	Normal.		**Tórax**	Normal.			
Corazón	Normal.		**Pulmones**	Normal.			
Abdomen	Normal.		**Genitales Externos**	Normal.			
Vascular	Normal.		**Piel y Faneras**	Normal.			
Neurológico	Normal.						
Osteomuscular	Ver Anexo Osteomuscular						
Observaciones	EXAMEN FISICO GENERAL Y OM DENTRO DE LO NORMAL						

IX. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

RESULTADOS PARACLINICOS		
Optometría Ocupacional (Manual)	**Resultado**	MIOPIA
	Interpretación Médica	Normal. LENTES DE USO PERMANENTE, CONTROL ANUAL
Otros	RIESGO CARDIOVASCULAR POR ANTECEDENTES, PESO, TALLA, TA Y HABITOS: BAJO RIESGO NEUROSPICOLOGICO: MBI: CANSANCIO EMOCIONAL 4/54, DESPERSONALIZACION 0/30, REALIZACION PERSONAL 47/48: OPTIMO M.A.S TOLERANCIA A ESTRES 3: OPTIMO	
RESULTADOS LABORATORIO		
1	Colesterol De Alta Densidad [Hdl]	
	Resultado	49
	Interpretación Médica	Normal. NORMAL
2	Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático	
	Resultado	108
	Interpretación Médica	Normal. NORMAL
3	Colesterol Total	
	Resultado	180
	Interpretación Médica	Normal. NORMAL
4	Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina	
	Resultado	102
	Interpretación Médica	Normal. NORMAL
5	Hemograma IV Metodo Automatico	
	Resultado	NORMAL
	Interpretación Médica	Normal. LEUCOS 5600, LIN 56,57, NEU 40,19, ERI 5,53, HB 16,2, HCTO 47,4, PLA 307000
6	Trigliceridos	
	Resultado	117
	Interpretación Médica	Normal. NORMAL
VACUNACIÓN		
Exámenes NO solicitados		

X. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z100 - Examen de salud ocupacional
Tipo	Impresión Diagnóstica

No.	**CIE-10**	**Descripción**

XII. RECOMENDACIONES

Sistemas de Vigilancia Epidemiológica	Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.
Remisiones	No require
Recomendaciones Generales - Observaciones	PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS
Recomendaciones Específicas	APTO PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES. RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO POR IMC, NO ANTECEDENTES PERSONALES NI FAMILIARES, OM APTO, RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO, ENFASIS NEUROPSICOLOGICO APTO



Firma Especialista

Omar Andrés Aguirre Rivera
Registro No.: 76-4298/07
L.S.O.: 1216/12

Firma del Usuario

JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO
CC.: 1116441649

HC No. 1116441649 Orden Servicio No. 364121

ANEXO OSTEOMUSCULAR

ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES

Riesgo Alto	Riesgo Moderado	Riesgo Bajo
 [ ] Flexión lateral o giros de columna	 [ ] De rodillas o de cuchillas	 [ ] Buena postura alternando de pie y sentado
 [ ] Manejo de cargas desde el suelo mayores a 25 Kg.	 [X] Doblada sobre soporte	 [ ] Buena postura de pie con posibilidad de pausa
 [ ] Manejo de cargas desde plano de la cintura	 [ ] Manejo de cargas menores a 25 Kg.	 [ ] Buena postura sentado con posibilidad de pausa
 [ ] Manejo de cargas por encima de hombros	 [X] Postura prolongada de pie	 [ ] Caminando con carga menor a 12 Kg. (trayecto corto y plano)
 [ ] Posición inadecuada en trabajo pesado	 [ ] Postura prolongada sentado	 [ ] Transporte de carga con ayuda mecánica

Movimientos Repetitivos	Brazos, Muñecas

A. COLUMNA VERTEBRAL

CURVA	
Cervical - Cifosis	Normal
Cervical - Escoliosis	Ausente
Dorsal - Cifosis	Normal
Dorsal - Escoliosis	Ausente
Lumbar - Lordosis	Normal
Lumbar - Escoliosis	Ausente

Cervical		Dorsal		Lumbar	
Derecha	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**
ARCO DE MOVIMIENTO					
Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional
FUERZA					
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

INSPECCIÓN	Cervical	Dorsal	Lumbar
Cicatrices	No	No	No
Dolor	No	No	No
Espasmos	No	No	No

PRUEBAS ESPECIALES	
Lassegue	Negativo
Wells (Isquiotibiales)	4 centimetros
Schober (Movilidad lumbar)	4 centimetros

Observaciones Columna Vertebral	DENTRO DE LO NORMAL

B. MIEMBROS SUPERIORES

	Hombro		Codo		Muñeca		Dedos	
	Derecha	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**
Arco Movimiento	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional
Fuerza	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	INSPECCIÓN							
Deformidades	No	No	No	No	No	No	No	No
Masas	No	No	No	No	No	No	No	No
Cicatrices	No	No	No	No	No	No	No	No
Dolor	No	No	No	No	No	No	No	No

	PRUEBAS ESPECIALES	
	Derecha	**Izquierda**
Phalen	Negativo	Negativo
Yocum	Negativo	Negativo
Patte	Negativo	Negativo

	PRUEBAS ESPECIALES	
	Derecha	**Izquierda**
Tinnel	Negativo	Negativo
Jobe	Negativo	Negativo
Gerber	Negativo	Negativo

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS			
Bicipital Derecha	Normal.	**Bicipital Izquierda**	Normal.
Tricipital Derecha	Normal.	**Tricipital Izquierda**	Normal.
Estilo Radial Derecha	Normal.	**Estilo Radial Izquierda**	Normal.
Patológicos	No.		

Observaciones Miembros Superiores	DENTRO DE LO NORMAL

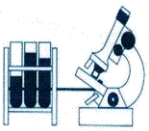
C. MIEMBROS INFERIORES

	Cadera		Rodilla		Pie		Dedos	
	Derecha	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**
Arco Movimiento	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional	Funcional
Fuerza	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
	INSPECCIÓN							
Deformidades	No	No	No	No	No	No	No	No
Masas	No	No	No	No	No	No	No	No
Cicatrices	No	No	No	No	No	No	No	No
Dolor	No	No	No	No	No	No	No	No

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS			
Patelares Derecha	Normal.	**Patelares Izquierda**	Normal.
Aquilianos Derecha	Normal.	**Aquilianos Izquierda**	Normal.
Plantar Derecha	Normal.	**Plantar Izquierda**	Normal.
Patológicos	No.		

Observaciones Miembros Inferiores	DENTRO DE LO NORMAL

LABORATORIO CLÍNICO
MAGALI ÁLVAREZ
Universidad Metropolitana de Barranquilla



SIGMA OCUPACIONAL

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

PACIENTE: JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO
IDENTIFICACION: 1116441649
FECHA EXAMEN: 17/03/2020
EDAD: 28 años

EXAMEN	RESULTADO	NORMAL DE RFERENCIA
GLUCOSA	102	70-110 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	180	MENOR DE 200 mg/dl
COLESTEROL DE HDL	49	HOMBRES 35 - 55 mg/dl
		MUJERES 45-65 mg/dl
COLESTEROL VLDL	23	20-30 mg/dl
COLESTEROL LDL	108	HASTA 150 mg/dl
TRIGLICERIDOS	117	HOMBRES 30-150 mg/dl
		MUJERES 35-135 mg/dl
INDICE ARTERIAL	3,6	HASTA 5.0

OBSERVACIONES



SIGMA OCUPACIONAL S.A.S
La Mejor Alternativa En Salud Ocupacional de La Región!
Calle 27 N. 35-67 B/ Alvernia Tuluá- Valle Colombia
Teléfonos 2324898 Celular 3222188163 - 3216204017
E-mail sigmaocupacional@gmail.com



Particular.

OPTOMETRIA ESPECIALIZADA

Reg 1093 CTNPO | Cra 34 # 26 - 57 Tuluá | Tel 2243514 -Cell 3164826481

EMPRESA: _____ CIUDAD: Tulua FECHA: 17 | 03 | 2020

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Jairo Jovanny Suarez Urrego FN: _____

No DE IDENTIFICACIÓN: 1116941649 DE Zarzal SEXO: M EDAD: 28

CARGO A DESEMPEÑAR: _____ AREA: _____

Ingreso [X] Periodico [ ] Egreso [ ] | Uso de Lentes: [X] Uso Permanente [ ] Uso Ocacional [ ] No usa

ANTECEDENTES LABORALES

FACTOR DE RIESGO VISUAL		FRECUENCIA DE USO DE EPP
[ ] Pantallas de visualización	[ ] Alta exigencia visual	[ ] Nunca
[ ] Iluminación inadecuada	[ ] Gases, Vapores, Humos.	[ ] Siempre
[ ] Material Particulado	[ ] Radiaciones, (Calor)	[ ] Ocacional
[ ] Liquidos irritantes	[ ] Otros	[ ] Según Exposición

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales		Síntomas Visuales	
[ ] Transtorno refractivo	[ ] Hipertensión Arterial	[ ] Cefalea	[ ] Visión borrosa
[ ] Cataratas	[ ] Trauma ocular	[ ] Fotofobia	[ ] Enrojecimiento
[ ] Pterigio	[ ] Diabetes Millitius	[ ] Lagrimeo	[ ] Prurito
[ ] Conjuntivitis	[ ] Infección ocular	[ ] Ardor	[ ] Otros
[ ] Cirugía Ocular	[ ] Otros	[ ] Disminución de AV	

EVALUACIÓN VISUAL

RX EN USO	Visión Lejana	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV VP SC
	OD:				20/	05 M
	OI:				/20	

Examen Externo: / Reflejos pupilares:	Estado Motor	Cover Test	VL ∅	VP ∅	PPC. 10 c

OFTALMOSCOPIA	OD:
	OI:

Visión Cromática		Visión Estereoscópica			Campos Visuales	Observaciones
Normal	Anormal	40 seg de arco	60 seg de arco	80 seg de arco		

RX FINAL			ADD			AV C.C.		
	OD:			OD:			OD:	20/ 05
	OI:			OI:			OI:	/20

DIAGNOSTICO

[ ] Emetrope	[ ] Presbicia	[ ] Alteraciones del campo visual	[ ] Blefaritis
[X] Miopía	[ ] Pterigio	[ ] Alteración visual de profundidad	[ ] Ojo seco
[ ] Hipermetropía	[ ] Inbalance Muscular	[ ] Alteración visual del color	[ ] Glaucoma
[ ] Astigmatismo	[ ] Ambliopía	[ ] Hiperemia conjuntival	[ ] Cataratas

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

[ ] Apto visualmente sin lentes de corrección	[ ] Lentes de correción de uso ocasional	[ ] Valoración Oftalmologica
[ ] Apto visualmente con lentes de corrección en uso	[X] Lentes de uso permanente	[ ] Valoración Ortóptica
[ ] Se da Rx de corrección por primera vez	[X] Cambio de lentes de corrección	[ ] Debe conducir con lentes

MARIO YESID REYES R
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD LA SALLE
REG. PROFESIONAL

Firma Optómetra

Firma y cédula del paciente

Scanned with CamScanner

LABORATORIO CLINICO SISA

PACIENTE:	SUAREZ JAIRO JOVANNY		
EDAD	28 Años	**SEXO**	Masculino
HISTORIA:	1116441649	**FECHA INGRESO:**	17/03/2020 09:17
ORDEN:	20200317026	**FECHA IMPRESIÓN:**	17/03/2020 10:19
FECHA NACIMIENTO:	29/02/1992		

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO TIPO IV

Prueba	Resultado		Unidad	Valor de Referencia
RECUENTO DE LEUCOCITOS	5.6		X10³/ul	4.5 - 11.0
LINFOCITOS EN NUMERO	3.17		X10*3/ul	1.20 - 3.50
CELULAS MIXTAS EN NUMERO	0.18		X10*3/ul	0.10 - 1.00
NEUTROFILOS EN NUMERO	2.23		X10*3/ul	1.80 - 7.70
LINFOCITOS %	56.57	↑	%	20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS%	3.24		%	3.00 - 10.00
NEUTROFILOS %	40.19	↓	%	45.00 - 65.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.53		X10*6/ul	4.20 - 6.20
HEMOGLOBINA	16.2		gr/dl	13.8 - 17.2
HEMATOCRITO	47.4		%	40.0 - 52.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	85.8		fL	80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.3		pg	26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	34.1		gr/dl	32.0 - 36.0
RDW-SD	43.8		fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	14.6		%	10.0 - 15.0
PLAQUETAS	307		X10³/ul	150 - 400
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.3		fL	6.5 - 11.0
PDW	13.6			
PLAQUETOCRITO	0.280		%	
PLCR	32		%	

Bacteriologa sección:

Dra. Silvia Nancy Mazuera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP 763451

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1116441649 realizó el día 19/09/2020 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 JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1116441649 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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1116441649 realizó el día 20/09/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

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

POSITIVA

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

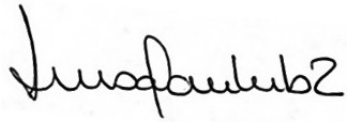
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JAIRO JOVANNY SUAREZ URREGO, con Cédula Ciudadanía No. 1116441649 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/09/2020, para el contrato registrado con fecha desde 01/09/2020 y fecha hasta 30/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001019215432.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JAIRO SUAREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.116.441.649 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 656377298, abierta/o desde el 28/3/2012.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Septiembre del año 2020 con destino a: Jairo Jovanny Suárez Urrego



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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:
CALI	CALI	45	45-46-101008367	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
31	08	2020	01	09	2020	00:00	30	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	SUAREZ URREGO JAIRO JOVANNY			Identificación:	1116441649
Dirección:	CL 7 3N 02	Ciudad:	ROLDANILLO - VALLE	Teléfono:	3163599160

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CR 9 12 141	Ciudad:	CARTAGO - VALLE	Teléfono:	2119999

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.1795393 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALESCOMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA ELPROGRAMA REGULAR EN LA VIGENCIA 2020, DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2020	30/04/2021	$ 1,516,060.00

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	$ 1,516,060.00	31/08/2020

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

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

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

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

FIRMA TOMADOR

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

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

Escaneado con CamScanner

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. 45-46-101008367, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en CALI, a los 31 días del mes de Agosto 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.45-46-101008367

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.