

 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 MAGDALENA DIRECCIÓN REGIONAL MAGDALENA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		8	
			Código Centro		101008	
			Fecha Elaboración		Octubre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		05551-533401	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		GUILLERMO DEJESUS FLOREZ SEGRERA		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía		85.456.176		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		gflorez@sena.edu.co		Número de Cuenta:		564425965
IP/Nº de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI
¿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						SI
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:		8439997/2025		Nº Compromiso SIIF		122725
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PROFESIONALES COMO APOYO TÉCNICO EN EL ÁREA DE COSTOS COMUNITARIOS EN LA REGIONAL MAGDALENA EN LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN DE ACCIÓN PARTICIPATIVA - IAP ZONA CARIBE I, RADICADO 08-9-2025-030412...PZO 31/12/2025				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		10/10/2025		Al		31/10/2025
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 11.340.000
Valor Bruto Pago:		\$ 2.940.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 11.340.000
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 8.400.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.940.000		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		\$ 2.940.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.674.700		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre		Setiembre		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		34913171		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.674.700,00 TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 0		Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.534.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 0		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL		\$ 7.500		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-		Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-		Reteica - 8299 - SANTA MARTA 17.739,00 0,700%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		-		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		-		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		-		Pro-Hospital 58.800,00 2,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		-		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 294.000		-		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 9.835.302		\$ 558.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
						VALOR A PAGAR \$2.863.461,00
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1. Diseño y aplicación taller con formato para en la adquisición de los productos, cantidades, unidades de medida, costos unitarios y totales en la determinación de los costos en los materiales directos.						
2. Conceptualización de los conceptos del costo de materiales directos incurridas en las diferentes actividades realizadas en cada una de las unidades productivas de la asociación Comercialcoop						
3. Se elaboró formato para en la adquisición de los productos, cantidades, unidades de medida, costos unitarios y totales en la determinación de los costos en los materiales directos.						
4. Se articuló con las asociaciones kiosqueras de Taganga y el programa de Tecno parques del SENA, el desarrollar estrategias de marketing digital y publicidad						
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						
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 periodo 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.						
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						
JACQUELINE ROJAS SOLANO						
DIRECTOR REGIONAL A G08						

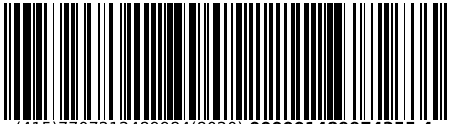


RAZÓN SOCIAL :	GUILLERMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA
IDENTIFICACIÓN:	CC-85456176
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-20
FECHA DE PAGO:	2025-10-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO FALABELLA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34913171
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34913171
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800	\$ 405.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/11/2025
----------------------------------	------------

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14899743554			
				 (415)7707212489984(8020) 000001489974355 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 5 4 5 6 1 7 6		4		Impuestos y Aduanas de Santa Marta		1 9	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		8 5 4 5 6 1 7 6			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Magdalena		4 7 Santa Marta 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
FLOREZ		SEGRERA		GUILLERMO		DE JESUS	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		1 6 9		Magdalena		4 7 Santa Marta 0 0 1	
41. Dirección principal							
MZ 2 CA 14 BRR MINUTO DE DIOS							
42. Correo electrónico gdjflorez@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				5 4 2 3 0 5 1 7		3 1 4 5 9 6 1 9 9 7	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
0 0 1 0	2 0 2 3 0 2 2 1	7 0 2 0	2 0 2 3 0 2 2 1			2 4 1 1	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
53. Código 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre FLOREZ SEGRERA GUILLERMO DE JESUS			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Guillermo De Jesus Florez Segrera, identificado(a) con CC número 85456176, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 85456176
NOMBRES Y APELLIDOS	Guillermo De Jesus Florez Segrera
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/08/1969
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/1997
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	220 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	46 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 85456176 GUILLERMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA Desde 21/03/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 85456176 Trabajador Independiente Desde 01/12/2024 Hasta 31/01/2025N.I.T. 901451926 EXTRACTORA DE PALMAS OLEAGINOSAS DEL MAGDALENA S.A.S. Desde 03/10/2024 Hasta 13/12/2024CEDULA DE CIUDADANIA 85456176 Trabajador Independiente Desde 01/07/2024 Hasta 30/09/2024

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIÓDICO PROGRAMADA []	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACIÓN []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA: 16/09/2025	EMPRESA: PARTICULARES SO		
NOMBRE: GULLEIMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA		DOC. IDENTIDAD: CC 85456176	
CARGO: CONTRATISTA		EDAD: 56 AÑOS	
ESTADO CIVIL: CASADO(A)		FECHA DE NACIMIENTO: 1969-08-29	EPS: SISBEN
DIRECCIÓN: MINUTO DE DIOS MZ 2 CS 14			TELEFONO: 3145961997
PESO: 74 Kg	TALLA: 178 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 23.36



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS				
1) CONSULTA POR VALORACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL	2) AUDIOMETRIA	3) OPTOMETRIA	4) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	5) LIPEMIA

EXAMEN DE PREINGRESO		
CONCEPTO		
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	SI [] NO [X]	

CONCEPTOS GENERALES		
---------------------	--	--

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO []	7. OTROS []

REMISIONES SI [X] NO []	ARL SI [] NO [X]	EPS SI [X] NO []
----------------------------	---------------------	---------------------

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR	
1. SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. 3. IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS.PARA PREVENSION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS 4. HIGIENE POSTURAL. 5. CAPACITACION EN TECNICAS DE MANIPULACION DE CARGAS. (PARA TRABAJADORES EXPUESTOS) 6. CARDIOVASCULAR.- NORMAL 7. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL. 9. SEGUN CIRCULAR EXTERNA 30 DE 2020 NO PRESENTA PREEEXISTENCIAS DIAGNOSTICADA SUCEPTIBLES DE AGRAVAR POR COVID-19 10. IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE 11.PUEDE REALIZAR SUS FUNCIONES LABORALES SIN RESTRICCION	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPÓSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASÍ COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTÁNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGÓ AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRÁN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIÓN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIÓN DE SALUD GOZARÁ DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIÓN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SÓLO SERÁ USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLÍNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO ES VERDICA Y NO OMITIR NINGÚN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.	

[Firma manuscrita]
 Dr. Eduardo A. Marino Garcia
 MEDICO URGENCIAS
 ESP SALUD OCUPACIONAL
 R.M. 1591 - L.S.O. 2024

EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
 CC 7473338
 MEDICO OCUPACIONAL
 TP. 1591
 RS. 2024

[Firma manuscrita]

GULLEIMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA
 CC 85456176
 DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
 CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
 CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

INFORME INTERPRETATIVO

❖ DATOS PERSONALES DEL EVALUADO.

NOMBRES Y APELLIDOS:	FLOREZ SEGRERA GUILLERMO DE JESUS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	85456176
EDAD:	56 AÑOS
EMPRESA DONDE TRABAJA:	PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL STA
CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:	DOCENTE

❖ TEST DE HABILIDADES SOCIALES

El nivel de habilidades sociales está en la media de la población. Normalmente es una persona capaz de adaptar su conducta al contexto social en que se encuentra, aunque en algunas circunstancias te hace falta un poco más de empatía y control emocional. Buen manejo de las comunicaciones, aunque a veces le cuesta ser asertivo y decir que no por miedo a molestar a los demás. Tiene varios amigos y conocidos, aunque le gustaría que existiera más confianza con algunos de ellos para abrirse emocionalmente y pedir ayuda en los momentos difíciles. Aunque no suele tener demasiados problemas en expresar sus deseos y necesidades, en general se siente más a gusto dentro de su círculo social que entre desconocidos. Ciertos miedos sociales pueden bloquearle y hacerle desaprovechar oportunidades, y podría mejorar en aspectos como su habilidad para conversar, el lenguaje corporal y la capacidad de persuasión para conseguir una personalidad más carismática. De sus habilidades blandas se destaca su trabajo en equipo y comunicación asertiva. En cuanto a sus habilidades duras se responsabiliza social y cumplimiento de horario laboral

Firma Evaluador

Diana Cecilia Barrero Callejas

Psicóloga
TP 1037



VIGILADO Supersalud

SEDE BARRANQUILLA
Calle 70 # 48 - 56
Tel.: 3857980 - 3688864
3174422432
3174422131

SEDE SANTA MARTA
Cra 5 # 26B-23
Tel.: 4230482
3174274220
3173813463

SEDE CARTAGENA
Calle 31 # 44-135
Tel.: 3168771688
3174274223

SEDE MAGANGÜÉ
Calle 16A # 10A-143
Tel.: 3187117423
3004102050



www.olimpuslab.com



www.facebook.com/olimpuslab



servicioalcliente@olimpuslab.com



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: GULLEIMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA	IDENTIFICACION: CC 85456176	HC: 85456176 - CC	EDAD: 56 Años	SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 29/8/1969	RESIDENCIA: MINUTO DE DIOS MZ 2 CS 14	TELEFONO: 3145961997	MAGDALENA-SANTA MARTA	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: CASADO(A)	OCUPACION:		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 16/9/2025 - 08:16:36	FECHA EGRESO: 16/9/2025 - 09:41:30	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	PLAN: PARTICULARES SO	TIPO AFILIADO: Otro		
IPS: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIRECCION: CARRERA 5 N 26B-23	TELEFONO IPS: TEL SO		

NEUROFTALMOLOGÍA	
AGUDEZA VISUAL	
AV LEJOS CON RX	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
20/20	20/20
AV LEJOS SIN RX	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
20/20	20/20
AV CERCA CON RX	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
0.5 M	0.5 M
AV CERCA SIN RX	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
2M	2M
AGUJERO ESTENOPEICO	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
20/20	20/20
OJO DOMINANTE	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO

VISION CROMATICA(Cartilla de Ishihara)	
RESULTADOS	
OBSERVACIONES	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
10/10	10/10

FONDO DE OJO	
OBSERVACIONES	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
NORMAL	NORMAL

ESTEREOPSIS			
No. Evolución:	1716177	Fecha de evolución:	16/09/2025 09:39:48
Usuario:	DCHAPARRO		

ESTEREOPSIS		
OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO
NORMAL		NORMAL
OBSERVACIONES		

PLAN ATENCION		
EVOLUCION	FECHA	USUARIO
1716177	2025-09-16	DAVID FELIPE CHAPARRO HERNANDEZ
PLAN		
CONTROL EN UN AÑO		
REPROGRAMAR EN	12 MESES	
OBSERVACIONES		
--		
 Profesional: DAVID FELIPE CHAPARRO HERNANDEZ CC - 1098749562 - T.P 1098749562		

VALORACIÓN POR OPTOMETRIA - EVOLUCIÓN: 1716177					
FECHA EVOLUCIÓN: 2025-09-09 09:41			PROFESIONAL: DAVID FELIPE CHAPARRO HERNANDEZ		
ITEM	SECCIÓN	GRUPO	ITEM A EVALUAR	RESPUESTA	OBSERVACIÓN
1	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	AGUDEZA VISUAL	CUMPLE	
2	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	CAMPO VISUAL	CUMPLE	
3	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	DISCRIMINACIÓN DEL COLOR	CUMPLE	
4	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	DISCRIMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LOS OBJETOS	CUMPLE	
5	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	DISCRIMINACIÓN DE LA FORMA DE LOS OBJETOS	CUMPLE	
6	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	DISCRIMINACIÓN DE LA CANTIDAD DE OBJETOS	CUMPLE	
7	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	PERCEPCIÓN DE DISTANCIA Y PROFUNDIDAD	CUMPLE	
8	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	COORDINACIÓN VISO-MOTRIZ (COVER TEST)	CUMPLE	
9	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	PERCEPCIÓN DE HERRAMIENTAS (TEST DE ESTERIOPSIS)	CUMPLE	
10	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	PERCEPCIÓN ESPACIAL (TEST DE ESTERIOPSIS)	CUMPLE	
11	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	VALORACIÓN OPTOMÉTICA	CONCLUSIÓN DE LA VALORACIÓN	CUMPLE	



PROFESIONAL: DAVID FELIPE CHAPARRO HERNANDEZ

CC 1098749562

ESPECIALIDAD - OPTOMETRIA SO

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

DAVID FELIPE CHAPARRO HERNANDEZ



PROFESIONAL

REGISTRO: 1098749562

CC - 1098749562 - T.P 1098749562

OPTOMETRIA SO

Imprimió: YULEISY KARINA GREGORY ZUÑIGA - YGREGORY

Fecha Impresión : 2025/9/17 - 14:49:49

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: GULLEIMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA	IDENTIFICACION: CC 85456176	HC: 85456176 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 29/8/1969	EDAD: 56 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: MINUTO DE DIOS MZ 2 CS 14	MAGDALENA-SANTA MARTA	TIPO AFILIADO: Otro
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO: 3145961997
FECHA INGRESO: 16/9/2025 - 08:16:36	FECHA EGRESO: 16/9/2025 - 09:41:30	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	PLAN: PARTICULARES SO	

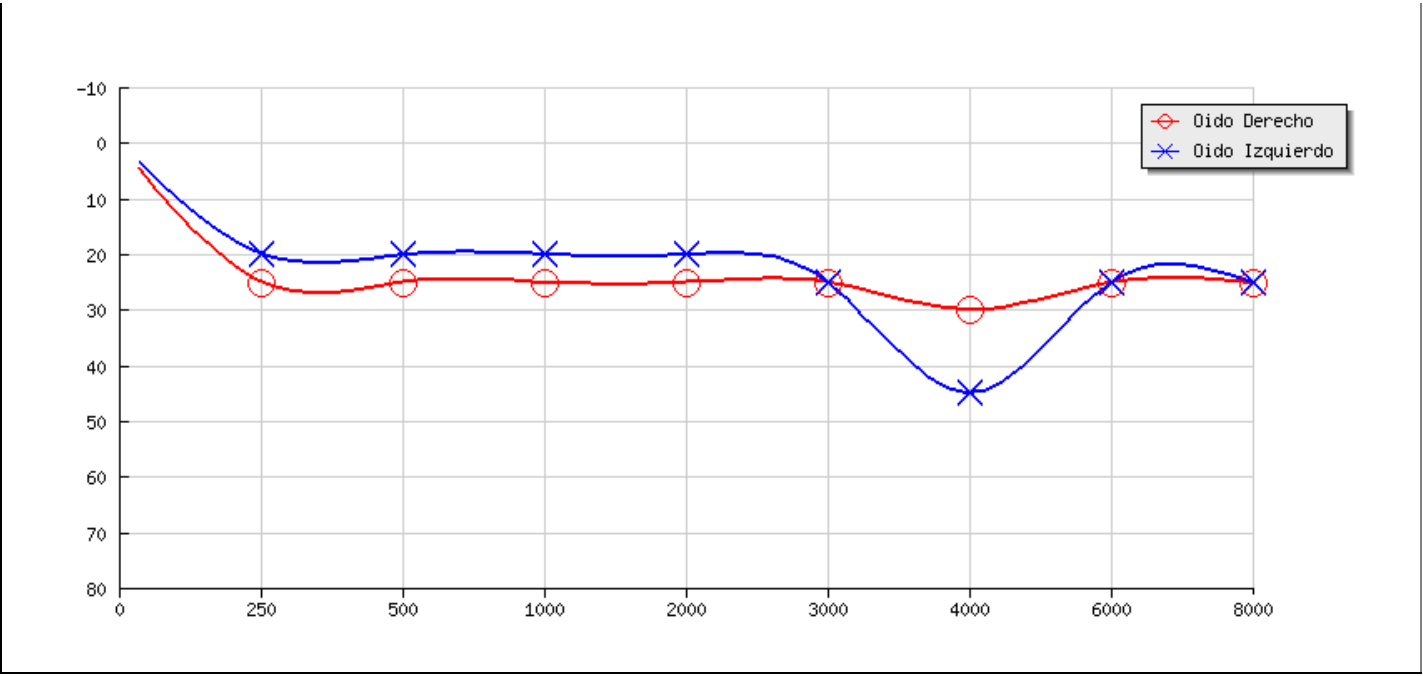
10. IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE
11.PUEDE REALIZAR SUS FUNCIONES LABORALES SIN RESTRICCION
1
CONTROL ANUAL OPTOMETRIA E.P.S
VALORACION MEDICO EN EPS POR REPORTE ALTERADO LABORATORIO PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL 427 MG/DL ELEVADO)

REVISION SINTOMAS SISTEMAS		
USUARIO		FECHA
EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA		2025-09-16
TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
SISTEMA CARDIACO	NORMAL	
SISTEMA VISUAL	ANORMAL	ASTIGMATISMO
SISTEMA DERMATOLOGICO	NORMAL	
SISTEMA OTORRINO	NORMAL	
SISTEMA DIGESTIVO	NORMAL	
SISTEMA GENITOURINARIO	NORMAL	
SISTEMA NEUROLOGICO	NORMAL	
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
SISTEMA RESPIRATORIO	NORMAL	
OBSERVACIONES	NORMAL	

HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA								
TIPO DE ATENCION:		SALUD OCUPACIONAL						
FRECUENCIA	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OIDO DERECHO	25	25	25	25	25	30	25	25
OIDO IZQUIERDO	20	20	20	20	25	45	25	25
CUADRO CLASIFICACION								
				OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO		
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz				25		21		
UMBRAL: 4000Hz				30		45		
ELI				Normal		Normal		
SAL				Normal		Normal		
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES				23% Normal				
NIOSH-1998								
NORMAL								
HIPOACUSIA LEVE				X		X		
HIPOACUSIA MODERADA								
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA								
HIPOACUSIA SEVERA								
HIPOACUSIA PROFUNDA								
ANSI-96(PTA)								
NORMAL								
HIPOACUSIA MINIMA								
HIPOACUSIA LEVE				X		X		
HIPOACUSIA MODERADA								
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA								
HIPOACUSIA SEVERA								
HIPOACUSIA PROFUNDA								
OBSERVACIONES								
AUDICIÓN NORMAL BILATERAL CON DESCENSO LEVE EN FC DE 4000 HZ								
AUDIOGRAMA								

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: GULLEIMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA	IDENTIFICACION: CC 85456176	HC: 85456176 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 29/8/1969	EDAD: 56 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: MINUTO DE DIOS MZ 2 CS 14	MAGDALENA-SANTA MARTA	TIPO AFILIADO: Otro
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO: 3145961997
FECHA INGRESO: 16/9/2025 - 08:16:36	FECHA EGRESO: 16/9/2025 - 09:41:30	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: CLIENTE PARTICULAR	PLAN: PARTICULARES SO	



PROFESIONAL: LEIDY VARGAS GONZALEZ
CC 1082850977
ESPECIALIDAD - AUDIOMETRIA SO

EVALUACION OTOSCOPIA				
EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	OIDO DERECHO:	OIDO IZQUIERDO:
1716142	16/09/2025	LVARGASG	CAE Y MT NORMAL	CAE Y MT NORMAL

ANTECEDENTES OTOLOGICOS			
EVOLUCION:	FECHA:	USUARIO:	ANTECEDENTE:
1716142	16/09/2025	LVARGASG	NO REFIERE

INFORMACION GENERAL - SALUD OCUPACIONAL				
DATOS EMPRESA				
Nombre de la empresa:	PARTICULARES SO	Direccion :	CALLE 70 N 48 -56	Telefono :

DATOS CONSULTA							
EPS:	SISBEN		FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR	ARL:	NO SABE	
Ingreso ☒	Periodico ☐	Retiro ☐	Control ☐	Post incapacidad ☐	Reubicacion ☐	Caso Ocupacional ☐	Retiro ☐
Espacios Confinados ☐	Manipulacion de alimentos ☐		Trab. en alturas ☐				

DATOS CARGO ACTUAL O A OCUPAR					
Nombre cargo:	CONTRATISTA	Antiguedad cargo :	NUEVO	Antiguedad en la empresa :	NUEVO
Seccion:	CONTRATISTA	Turno:	Diurno ☒	Nocturno ☐	Rotativo ☐
Descripcion funciones del cargo :		VARIOS		Maquinaria, Herr y materia prima utilizada :	
				VARIOS	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION EN EL CARGO ACTUAL O EN EL ULTIMO:					
Gafas ☐	Casco ☐	Tapabocas ☒	Overol ☒	Botas ☐	Cofia ☐
				Mangas ☐	Peto ☐

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS. S.A.S.

NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA

Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels. Directos: 360 8340 -385 7980 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA

Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE

Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA

Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220



CLAVE: b9e2

Nombre	FLOREZ SEGRERA GUILLERMO DE JESUS	Fecha de recepción	16-sep.-2025 08:16 a. m.	9160614
Identificación	CC 85456176	Sexo	Masculino	
Fecha Nacimiento	29-08-1969	Tel.	3145961997	
Médico	MEDICOS VARIOS	Fecha de Muestra	16-sep.-2025 09:42 a. m.	
Servicio	CONSULTA EXTERNA	Fecha de impresión		Preliminar
		Empresa	PARTICULAR SO FACT STA	
		Sede	BOLSA SANTA MARTA	

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

LIPEMIA

COLESTEROL TOTAL

* 248

mg/dL

0 a 200

Método: COLORIMETRICO ENZIMATICO

TODOS LOS DATOS REPORTADOS FUERA DEL RANGO NORMAL HAN SIDO CONFIRMADOS,
CORRELACIONAR CON LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Valor referencia

Sin riesgo moderado menor de 200

alto riesgo 200 - 240

TRIGLICERIDOS

91

mg/dL

0 a 199

Método: COLORIMETRICO ENZIMATICO

VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

55.00

mg/dL

Método: COLORIMETRICO ENZIMATICO

Valor Referencia

Riesgo Negativo mas o menos 40

Riesgo no Femeninos >75

Riesgo Masculino >55

Riesgo Moderado Femenino 45 -65

Riesgo Moderado Masculino 35 55

Alto Riesgo Femenino <45

Alto Riesgo Masculino <35

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO

* 174.80

mg/dL

0 a 130

Valor Referencia

Adulto <155

Adulto nivel optimo <100

Limite Alto 130-159

Alto 160 - 189

Muy Alto mas o menos 190

VLDL COLESTEROL

18.20

mg/dL

0 a 30

Beatriz Espinosa de Castro

BEATRIZ ESPINOSA DE CASTRO

CC 23161496

INSCRIPCION252 RES 01-5823

Fecha Validación: 19-09-2025 04:31 p. m.

AUDIOMETRIA

PENDIENTE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

PENDIENTE

OPTOMETRIA

PENDIENTE

VALORACION PSICOLOGICA

PENDIENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) GUILLERMO DEJESUS FLOREZ SEGRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456176 realizó el día 14/10/2025 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GUILLERMO DEJESUS FLOREZ SEGRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456176 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) GUILLERMO DEJESUS FLOREZ SEGRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 85456176 el día 14/10/2025 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



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Tipo de documento de identificación	NIT	número de documento de identificación	899999034
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 85456176	Estado de afiliación	Activa
Fecha última cobertura	17/10/2025	Nombres y apellidos	Guillermo De Jesus Florez Segrera
Fecha inicio contrato	10/10/2025	Fecha de retiro	Sin retiro
Fecha fin contrato	31/12/2025	Tipo de vinculación	Trabajador Independiente
Clase de riesgo	1		

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de octubre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16102025G85456176F249816**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GUILLERMO DE JESUS FLOREZ SEGRERA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 85.456.176 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 564425965, abierta/o desde el 5/5/2008.

Se expide en Bogotá el día 20 del mes de Octubre del año 2025



Firma Autorizada

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

Hacemos constar, que la póliza No. 33-46-101068206, 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 BOGOTÁ, D.C., a los 10 días del mes de Octubre de 2025


Firma autorizada de Jose Luis Ojeda Acevedo, Vicepresidente de Fianzas.

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	FLOREZ SEGRERA GUILLERMO DE JESUS		C.C. C.C. :85,456,176	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 33-46-101068206			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
CALLE 100 - CU. ESTATAL - 101068206 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS - 964960			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	FLOREZ SEGRERA GUILLERMO DE JESUS		C.C. C.C. :85,456,176	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 33-46-101068206			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA
CALLE 100 - CU. ESTATAL - 101068206 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS - 964960			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
			CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.33-46-101068206**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

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

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE 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 TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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