SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**3 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**49192-472724**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO
Correo electrónico contratista: jmarquezq@sena.edu.co
C.C. 18.396.930 **IP/Nº de contacto** 62852

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

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 77837934080

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: 1905208/2020 **Nº Compromiso SIIF** 72120

Valor Total del Contrato	$ 7.237.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.237.333	**1**	**Del**	**15/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 2.085.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.152.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.085.333	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	**$ 2.085.333**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.376.275**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 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	$ 458.758	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.376.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.835.033,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	3.670,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.081.663,00**	

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplí con el objeto del contrato
Participe en la planeación de los procesos formativos del área AGRICOLA, del acuerdo a lo establecido en los lineamientos entregados p
Realice alistamiento de la formación, en la formulación de los proyectos formativos con carácter empresarial, usando tecnologías adecu
Ejecute las acciones de formación haciendo uso de la estrategia pedagógica de "formación por proyectos" de acuerdo a los procedimient
Evalué los resultados de aprendizaje en un plazo no mayor a ocho días hábiles luego de finalizada la formación
Reporte y sistematice las actividades, acciones y resultados realizadas en el marco del objeto contractual, en los diferentes sistemas
Apoye la articulación de las acciones del programa SER con las estrategias institucionales tales como SENNOVA, AGROSENA, SIGC; de acue
Planilla de seguridad social Afiliacion
Municipio de Pereira

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.

JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO
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,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
INSTRUCTOR G15

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

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Certificado de Afiliación

El Señor JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO , identificado con Cédula Ciudadanía 18.396.930, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO		
Número de identificación:	18396930	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	Brr CHAMBRANAS MZ 5 4	Municipio residencia:	Calarca
Teléfono actual de residencia:	7432298	Depto. Residencia:	QUINDIO

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
18396930	JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO	07/10/2020	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 9 días del mes de Octubre de 2020, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro: Willinton Rivera Manrique

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14715603393

(415)7707212489984(8020) 000001471560339 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 8 3 9 6 9 3 0	1	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	18396930	1 9 9 4 1 1 2 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARQUEZ	QUINTERO	JAVIER	ALONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Calarca 1 3 0

41. Dirección principal: BARRIO CHAMBRANAS MZ 5 CASA 5

42. Correo electrónico: javier.marquez.quintero@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 3 2 0 0 1	3 2 1 8 0 6 9 2 8 6	3 0 0 6 0 4 7 9 3 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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 3 0	2 0 1 6 1 0 0 6						1 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 2020 - 10 - 06 / 17 : 56: 55

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 MARQUEZ QUINTERO JAVIER ALONSO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



LABORATORIO CLINICO
CARMENZA GOMEZ VARGAS
NIT 41.908.269-1
TELEFONO 7468833 CELULAR 3142893034
AV. BOLIVAR 1-20 PISO 2

Paciente: JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO **Recepción:** 22182 **Sala:** N/A
Edad: 44 A **Sexo:** M **Identificación:** 18396930 **Fecha rcp:** 08/10/2020 09:40:54 a.m.
Teléfonos: 3218069286 **Médico :** Luz Andrea Romero Arango
Empresa: DRA LUZ ANDREA ROMERO - Sena

		Resultado	Valores de referencia
1	Colesterol total sérico	230 mg/dL	0 a 200 mg/dL
2	Glucosa sanguínea	89 mg/dL	70 a 110 mg/dL
3	Trigliceridos sérico	140 mg/dL	0 a 150 mg/dL
	Aspecto del Suero	Claro	

LABORATORIO CLINICO "C. G. V."

BACTERIOLOGA

EVALUACIÓN INFORMAL DE LA VOZ

Fecha: 9 oct / 20. Edad: 44. C.C. 18396930.
Nombre Completo: Javier Alonso Quintero
Cargo: Instructor. Antigüedad: 3 años.

1. ANTECEDENTES FONIATRICOS

	SI	NO		SI	NO
Ronquera (Disfonia)		X	Secrecion		X
Perdida Voz		X	Alergias		X
Carraspeo		X	Dolor al hablar		X
Reflujo		X	Tos		X
Dolor al deglutir		X	Fatiga vocal		X
Sensacion cuerpos extraños		X	Otros		

2. INFORMACION DE LA VIDA COTIDIANA

Cuantas horas habla durante la jornada laboral? 6. Habla mucho por telefono? No.
Al levantarse esta mejor o Mejor. y luego de hablar: Igual.
Como siente tu voz Normal Cual: —
Las personas que lo rodean notan el Voz normal
Antecedentes —
Existen factores toxicos en el ambiente laboral? No Cuales? No.
Enfermedades o cirugia que hayan dejado afeccion No.
Disminucion de la agudeza auditiva? No. Severidad: —.
El material particulado al limpiar el tablero le afecta? No.
El marcador siente que le afecta para su salud? No.
Realiza actividades adicionales a la catedra que implique hacer uso constante de la voz? No.
(asesorias/ acompañamiento clinico) No.

3. HABITOS VOCALES

	SI	NO		SI	NO
Bebidas muy frías		X	Grita Constantemenete		X
Cambios de clima	X		Consume mentolados		X
Tabaquismo		X	Bebidas alcohólicas		X
Bebidas muy calientes		X	Consume Cafeina (tinto)	X	
Trasnocha con frecuencia		X	Habla imponiéndose a un ruido	X	
Ronca		X	Otros: —		

4. PRUEBAS

FICHA RESPIRATORIA

Modo respiratorio: NASAL _____ ORAL _____ MIXTO X
Tipo respiratorio: ABD _____ COS. SUP X COMB _____
Frecuencia Respiratoria: LENTO <15 _____ CONSTANTE 16-18 X SUPER >19 _____
Tiempo de retecion: 42 **Hombres:** 45 Seg / **Mujer:** 40 Seg
Permeabilidad Nasal: AMABAS NARINAS X NARINA DERECHA _____ NARINA IZQUIERDA _____

Escaneado con CamScanner

Prueba de Roshental: AMABAS NARINAS X NARINA DERECHA _____ NARINA IZQUIERDA _____
Coord. Fono-Respiratoria: Nasal X Bucal _____
Ruido_____ Fatiga_____ Mareo_____
Prueba Glatzer: Normal, sin habitos Reopiratorios
Tiempo espiratorio: Abierta _____ 15 Seg Cerrada _____ 18 Seg

TEST DE OFA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
Labio Superior	X		
Labio Inferior	X		
Lengua	X		
Paladar Blando	X		
Paladar Duro	X		
ATM	X		
Cuello	X		Tension

Se evalua Coordinacion, Movilidad, Fuerza, Sensibilidad, Paralisis, Tension y relajacion

CUALIDADES ACÚSTICAS DE LA VOZ: NORMAL X ANORMAL _____
Parámetros respiratorios: NORMAL X ANORMAL _____

5. OBSERVACIONES Controles anuales de comportamiento vocal y uso de voz.

6. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
Normalidad dentro de Comportamiento vocal y Uso de voz, lo cual no lo limita ni restringe para su labor Profesional y Personal.

7. RECOMENDACIONES

Evitar Cambios de clima	X	Ejercicios de Calentamiento Vocal		Valoración Clinica	
Hidracion constante bebidas T° Ambiente		Higiene vocal		Mejorar parametros Respiratorios	
Horario Laboral		Evitar abusos y malos habitos Vocales	X	Reubicacion Laboral	
Control Anual	X	Cubrir con bufanda nariz y boca		Evitar mentolados	
Control Semestral		Utilizar Amplificador (microfono)		Evitar alimentos condimentados/picantes	
Remisión ORL		Capacitar en Tecnica Vocal		Otros:	

Andrea Ramos

Firma Profesional Evaluador

Firma Trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner

Dra. Luz Andrea Romero Arango

Médico Especialista Salud Ocupacional

L.M. 7332-01-12R

AUDIOMETRÍA

Fecha y ciudad de Realización del Examen

09 | 10 | 2020 — ARMENIA (CIUDAD) — Ingreso ✓ — Egreso — Periódico

Datos de la Empresa donde labora, laborara o laboró el Trabajador aspirante

Razón Social: Serca — ARMENIA

Datos del Trabajador / Aspirante (Tipo documento de identificación C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cedula Extranjera, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer Apellido	Segundo Apellido		Documento de Identidad Tipo	Numero
Marquez	Quintero	Javier	CC	1839693O

Genero (Marque con una (X)): Femenino — Masculino ✓

Riesgos Ocupacionales en Empresa Actual y/o Anteriores

(marque con una X en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo Mencionado. Indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Ruido
Serca		

Uso de elementos de protección:

Cuales:

EXPOSICIÓN A RUIDO

Tejo	—
Discoteca	—
Moto	—
Servicio Militar	—
Polígono	—
Walkman	—

ANTECEDENTES MÉDICOS AUDITIVOS

Otitis	—
Perforacion	—
Hipoacusia	+
Otros	—

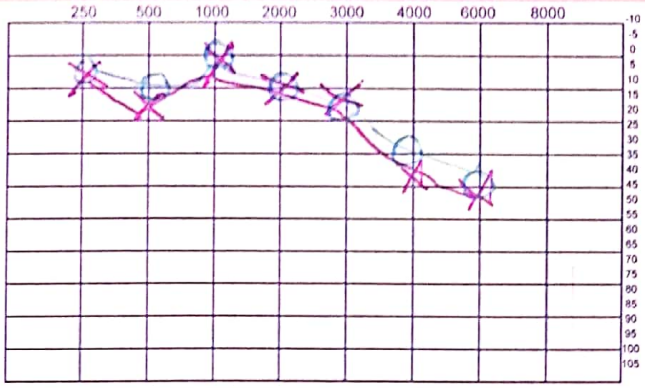
Examen externo:

OD: OK

OI: OK

VIA	LAT	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AÉREA	OD	10	10	5	10	15	35	45	10
	OI	10	20	5	15	15	40	40	10
OSEA	OD								
	OI								

Diagnósticos	OD	OI
Normal		
Hipoacusia GI	X	X
Hipoacusia GII		
Hipoacusia GIII		
Hipoacusia Mixta		
Hipoacusia Conductiva		



HNS GI NO

VOZ: Normal

Medico

Nombre: Dra. Luz Andrea Romero Arango

Firma:

Registro: 7332-01-2012R

Firma del Trabajador:

Scanned with CamScanner

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

De conformidad con la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007 proferida por el Ministerio de la Protección Social, mediante la cual se regula la práctica de evaluaciones de ingreso, egreso, alturas, periódicas y de controles médicas ocupacionales.

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE			
SENA PARTICULAR		ARMENIA	09/10/2020

Nombre del aspirante o trabajador	MARQUEZ QUINTERO JAVIER ALONSO		
Documento de identidad		Edad	Cargo
C.C.	18.396.930	44	INSTRUCTOR

Ingreso	X	Periodico		Egreso	

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo	X	Sin restriccion para altura		Sin patologia relacionada con la labor	
Con restriccion para el cargo		Con restriccion para altura			
				ALTURAS	R

DESCRIPCIÓN RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)

VISIOMETRIA	NORMAL
PSICOLOGO	
AUDIOMETRIA	ANORMAL LEVE EN 4000- 6000
VOZ	NORMAL
LABORATORIO	NORMAL
CARTA DENTAL	
DIAGNOSTICO	DEFECTO VISUAL

RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

EJERCICIO - DIETA SANA- PAUSAS ACTUVAS- BUENA POSTURA

RECOMENDACIONES INDIVIDUALES SEGÚN PROFESIOGRAMA

NO EXPOSICION A RUIDOS MAYORES A 85DB

REMISION A EPS SI NO X REMISION A ARL SI NO X

SE ENTREGA CONCEPTO SI X NO

Médico	
Firma:	MARQUEZ QUINTERO JAVIER ALONSO
Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL	
Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R	

Scanned with CamScanner

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN: 09 10 2020 Armenia (DD MM AAAA / Ciudad)

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una (X)): Pre - Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Seguimiento [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA (RÁ) / (RÓ) EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razón social: Sena — Centro de Trabajo - Sede: Armenia

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Documento de identificación (Tipo / Número)
Marquez	Quintero	Javier		CC 18396930

Género (Marque con una (X)): Femenino [ ] Masculino [X]

Fecha de Nacimiento (DD MM AAAA): 29 09 76

Edad (Años): 44

EPS (A la que se encuentra afiliado): Medimas

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

Fecha ingreso a la empresa (DD MM AAAA): 04 2020

Cargo: Instructor

Sección:

Antigüedad en el cargo actual (No aplica para Ingreso): Años

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGÍA VISUAL (Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

	SI	NO	¿Cuál/es?
¿Ha tenido Cirugías ó Traumas Oculares?	[ ]	[X]	
¿Presenta actualmente molestias en los ojos?	[ ]	[X]	
¿Está expuesto a Riesgos Ocupacionales Oculares en el cargo actual?	[ ]	[X]	
¿Usa en el cargo actual Elementos de Protección Ocular?	[ ]	[X]	

Marque con una (X) en la casilla correspondiente de SI / NO, según sea el caso. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

Problemas de Refracción SI [ ] NO [X] ¿Cuál? — Tiempo de Evolución: Años

Corregido SI [ ] NO [X] — Tipo de Corrección: Lentes de Contacto [ ] Gafas [ ] Ambos [ ] — Frecuencia de uso

Tiempo transcurrido desde el último Examen Visual: Meses — Tiempo transcurrido desde el último Cambio de Fórmula: Meses

EVALUACIÓN (Marque las respuestas acertadas para cada prueba. No diligencie los espacios sombreados)

VISIÓN LEJANA

Uso de corrección durante examen: SI [ ] NO [X]

Calificación según Tabla de Snellen: 20/20

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	↑	→	→	←	↑	↓	←	↓	←	↓	→
Ojo Derecho	↑	→	↑	←	↑	↓	←	↓	→	↓	→
Ojo Izquierdo	←	→	←	↓	→	↑	↑	↓	←	↓	↓
Snellen	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	200	100	70	50	40	35	30	25	22	20	18
Visión de Profundidad	1	2	3		4	5	6		7	8	9
Percepción de Colores	A		B		C		D		E		F
	12		5		26		6		16		0
Foria Vertical	1		2		3		4		5		6	7
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15											

VISIÓN PERIFÉRICA (Marque con una (X) según respuesta del Aspirante / Trabajador)

Evaluada SI [ ] NO [ ]

Grados	85°	70°	55°	Nasal
Derecho				
Izquierdo				

VISION CERCANA

Uso de corrección durante examen: SI [ ] NO [X]

Calificación según Tabla de Snellen: 0,5

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↑	←	↓
Ojo Derecho	↑	↓	↑	↓	→	↑	→	←	↓	←	→
Ojo Izquierdo	↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	→	←
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										

INTERPRETACIÓN (Marque con una (X) según corresponda)

Interpretación	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal				
Patología de Refracción				
• Adecuadamente Corregida				
• Inadecuadamente Corregida				
• No Corregida				

Interpretación	Normal	Anormal
Visión de Profundidad		
Percepción de Colores		
Forias		
Visión Periférica		

CONCEPTO (No aplica para Retiro)

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: SI [X] NO [ ]

RECOMENDACIONES

Debe usar corrección para laborar: SI [ ] NO [X]

Valoración por Optometría: SI [ ] NO [X]

Valoración por Oftalmología: SI [ ] NO [X]

Se recomienda Control de Visiometría: En Meses

OBSERVACIONES

EVALUADO POR:
Firma:
Nombre:
Registro:

INTERPRETADO POR:
Firma:
Nombre:
Registro:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:
Firma:
Nombre:
Doc. Identificación:

Febrero de 2018

Scanned with CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18396930 realizó el día 23/10/2020 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 JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 18396930 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

POSITIVA

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

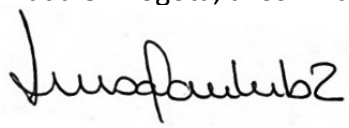
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO, con Cédula Ciudadanía No. 18396930 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 15/10/2020 y fecha fin de contrato 12/12/2020 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202001020140241.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de octubre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 7 de Octubre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JAVIER ALONSO MARQUEZ QUINTERO identificado(a) con CC 18396930, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77837934080	2015/02/13	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
PEREIRA	PEREIRA	55	55-44-101062510	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	10	2020	14	10	2020	00:00	12	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MARQUEZ QUINTERO, JAVIER alonso		CC: 18.396.930
DIRECCIÓN: BARRIO CHAMBRANAS MZ 5 CASA 5	CIUDAD: CALARCA, QUINDIO	TELÉFONO:	3122060567

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL RISARALDA	
DIRECCIÓN: CR 8 NRO. 26 - 79	CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA	TELÉFONO 3135800
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS ?PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES,? EN DESARROLLO DEL CONTRATO CO1.SLCNTR.5753884 CO1.PCCNTR.1905208 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TECNICO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	14/10/2020	12/04/2021	$723,733.30

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******16,000.00	$ *******7,000.00	$ *******4,370.00	$ **********27,370.00	$ **********723,733.30	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAURICIO CADENA PALACIO Y CIA LTDA	194942	100.00			

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12 - TELEFONO: 5124482 - PEREIRA

55-44-101062510

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

ZULLYPEREZ

1

NO EFECTURAR RETENCION EN LA FUENTE * RESPONSABLE DE IVA

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

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.

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

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.

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

Escaneado con CamScanner

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.

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

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.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN Armenia A LOS Quince (15) DÍAS DEL MES DE Octubre DEL AÑO 2020.

Escaneado con CamScanner