SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**47597-203474**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.098.618.408	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lgurueta@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	07846165490
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 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	8889029/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO A LA GESTIÓN, COMO DISEÑADOR DE CONTENIDOS DIGITALES, PARA LA CONSTRUCCIÓN, DISEÑO, ADECUACIÓN, ADAPTACIÓN...RADICADO 08-9-2026-000956...PZO 30/12/2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 53.735.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 53.735.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.885.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 48.850.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.885.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.885.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.238.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7997569517**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.954.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 244.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 312.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.079.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.238.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.885.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	56.666,00	1,160%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.828.334,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron las funciones asignadas de manera oportuna en el mes de febrero.

• Se realiza la línea gráfica y diseño de los CF1 y CF2 del programa 92320029 Aditivos: Análisis Y Control De Calidad En La Industria Alimentaria.

Se realizaron los ajustes requeridos de manera oportuna en el mes de febrero.

Se asistió y participo en las reuniones requeridas de manera oportuna en el mes de febrero.

• Se asiste a la reunión de presentación e inicio de actividades.

• Se asiste y brinda apoyo como capacitador en la reunión general del rol de Validadores de contenidos.

• Se asiste a la reunión general del rol de Diseñadores web.

• Se asiste a la reunión general de validación de accesibilidad en los diseños XD.

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

LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ
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,

RENE GREGORIO BARBOZA PEREZ
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
NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/02/26 08:55:02 USUARIO: SIC - C.C. 1098618408

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHedonado	EVELYN DONADO LOPEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO
Fecha y Hora Sistema:	2026-01-08-6:04 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	3526	**Fecha Registro:**	2026-01-08	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	36-02-00-008-930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	214.940.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	214.940.000,00	**Saldo x Comprometer:**	214.940.000,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				**AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**					
Número:	3526	**Fecha Registro:**	2026-01-08	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF						
					Total:	214.940.000,00	0,00	214.940.000,00	214.940.000,00	0,00

Objeto:	APOYOS ADM. Y GEST. Contratación de FV: DISEÑADOR DE CONTENIDOS DIGITALES RADICADO 08-9-2026-000153...VIG 2026

Firma Responsable

MES	DIAS	HONORARIOS	4,885,000.00
ENERO	0	0	0.00%
FEBRERO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
MARZO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
ABRIL	30	$ 4,885,000.00	9.09%
MAYO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
JUNIO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
JULIO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
AGOSTO	30	$ 4,885,000.00	9.09%
SEPTIEMBRE	30	$ 4,885,000.00	9.09%
OCTUBRE	30	$ 4,885,000.00	9.09%
NOVIEMBRE	30	$ 4,885,000.00	9.09%
DICIEMBRE	30	$ 4,885,000.00	9.09%
TOTAL	**330**	**$ 53,735,000.00**	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098618408
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	AUT -30 TORRE 1 APTO 10 - 04	TELÉFONO:	6185914
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7997569517**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2054597914	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 303.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.500	$ 0	$ 303.500
SUBTOTALES:										**$ 303.500**	**$ 0**	**$ 303.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.100	$ 0	$ 0	$ 237.100
SUBTOTALES:													**$ 237.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 237.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 9.900
SUBTOTALES:									**$ 9.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1098618408	URUETA ALVAREZ LUIS GABRIEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.896.340				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.896.340	$ 303.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.896.340	$ 237.100	$ 0	$ 237.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.896.340	109861840	$ 9.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 550.500

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14531621434

(415)7707212489984(8020) 000001453162143 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URUETA	ALVAREZ	LUIS	GABRIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
AUT FLORIDA 149 30 TO 1 AP 1004 CONJ LA ZAFRA

42. Correo electrónico luiguru@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 4 3 6 5 6	3 1 0 7 8 9 7 7 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 1 0	2 0 0 9 1 2 1 6	7 1 1 0	2 0 1 0 0 8 1 0	3 3 2 0	7 3 1 0	3 4 7 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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1098618408** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098618408
NOMBRES Y APELLIDOS	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/06/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	30
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	30

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/02/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **URUETA ALVAREZ LUIS GABRIEL** identificado(a) con **CC** número **1.098.618.408** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de agosto de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202602187133

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ			**Identificacion**	1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55			**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA
Teléfono	3107897766	**Asegurador**			
Est. Civil	Union Libre	**Sexo:**	M	**Edad:**	39 años 6 meses y 14días (14/07/1986
Ocupación:		**Acompañante:**			
Responsable:					

HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL

No.:	7836662	**Edad del paciente:**	39 años 6 meses y 14días	**Fecha de la nota:**	28/01/2026 9:29:10 a. m.

DATOS GENERALES

Estado civil Union libre	**Número de hijos** 1
Escolaridad Maestría	**Lugar de nacimiento** BARRANQUILLA

Empresa en mision NO APLICA	**Cargo** PROFESOR	
Área o Sección AULA DE CLASES		

Fondo de pensiones PROTECCIÓN	**Tipo de Aptitud** APTITUD LABORAL
Admin. De Riesgo Laboral CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	**Empresa promotora de salud** EPS SURA

MOTIVO DE LA CONSULTA

Fecha de Ingreso (MM/DD/YYYY) POR DEFINIR	**Evaluacion ocupacional** Preocupacional

RIESGOS LABORALES

Riesgo Mecánicos NO	
Riesgo Físicos NO	
Riesgo Ergonómico NO	
Riesgo Publicos NO	**Riesgo Psicosocial** NO
Riesgos Químicos NO	
Riesgos Locativos NO	
Riesgos Biológicos NO	
Riesgos Eléctrico NO	

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

¿Empresa documenta matriz de riesgo?	NO
Otros riesgos	No
Observaciones	NO DOCUMENTADOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Observaciones	REFIERE MADRE DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos	**Observaciones Patológicas**	
NO	NIEGA	

Patología Osteomuscular	
NO	
Enfermedades de trasmisión sexual	
NO	
Vacunas recientes	
NO	
Antecedentes de accidentes comunes	**Observaciones antecedentes de accidentes comunes**
SI	REFIERE FRACTURA DE MANO DERECHA AÑO 2019 DURANTE ACCIDENTE DE TRANSITO , REQUIRIÓ CIRUG
Antecedentes de accidentes de trabajo	
NO	
Antecedentes de enfermedades profesionales	
NO	
Ha consumido sustancias psicoactivas	
NO	
Consume sustancias psicoactivas	
NO	
Consume medicamentos en la actualidad	
NO	

Observaciones de antecedentes personales	IA

Antecedentes Quirúrgicos	**Tipo de Cirugia**	
SI	REFIERE APENDICECTOMIA AÑO 2022 REFIERE TURBINOPLASTIA A LOS 14 AÑOS REFIERE REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE MANO DERECHA AÑO 2019	

Ha estado Hospitalizado?	
NO	
Ha padecido de (Covid-19)	**Observaciones**
NO	NIEGA
Ha sido vacunado de (Covid-19)	**Observaciones**
SI	REFIERE 3 DOSIS

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Reporta secuelas de (Covid-19)
NO

HABITOS

Practica deporte o realiza alguna actividad física	**Que tipo de actividad deportiva realiza**	**Frecuencia de actividad Física**
SI	REFIERE ATLETISMO	Dos a tres veces por semana

Fumador
No Fumador

Ingiere bebidas alcohólicas?	**Frecuencia de la ingesta de alcohol**	**¿ha deseado disminuir la cantidad de licor que toma?**
Si	Esporadico: Mas de un trago una vez al mes	No

Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber	**¿se ha sentido alguna vez mal o culpable por su manera de beber**	**¿Ha calmado “guayabo o los nervios”, tomando un trago a primera hora de la mañana?**
No	No	No

Actividad extralaboral	**Observaciones de actividad extralaboral**
Si	REFIERE ATLETISMO

ANTECEDENTES LABORALES

Antecedentes laborales?	Si

ANTECEDENTES LABORALES PUESTO DE TRABAJO

Empresa	SENA
Cargo	DISEÑADOR GRAFICO
Tiempo de servicio	REFIERE 12 AÑOS

REVISION POR SISTEMAS

Alguna enfermedad actualmente?	**1.Ha estado incapacitado en los últimos 6 meses?**
No	No

SINTOMATOLOGIA ORGANOS O SISTEMAS

Como considera que es su estado de salud?	"BUENO"

Sintomatología neurologíca	**Sintomatología visual**	**Sintomatología auditiva**
NO	NO	NO
Sintomatología de las vías respiratorias superiores	**Sintomatología Gastrointestinal**	**Sintomatología cardio-respiratoria**
NO	NO	NO
Sintomatología Genito-urinario	**Sintomatología osteomuscular**	**Sintomatología dermatologíca**
NO	NO	NO

Tiene lentes formulados?	**¿tiene pendientes controles o tratamientos?.**
No	NO

Presenta algún tipo de restricción para laborar?	NO

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

EXAMEN FISICO

Mano dominante	Frecuencia cardiaca	Presión arterial Sistolica	Presion arterial Diastolica	Pulso
Diestro	70	120	60	70

Peso (Kg)	Talla (Cms)	IMC	Clasificación IMC
93	176	30,02	Obesidad Clase 1

Temperatura	Frecuencia respiratoria	Perimetro abdominal
-	16	100

ORGANOS POR SISTEMAS

Aspecto General Normal	
Cicatrices o tatuajes? No	
Piel y faneras NORMAL	**Observaciones de piel y faneras** SIN LESIONES APARENTES
Parpados (ojos) Normal	
Conjuntivas (ojos) Normal	
Escleroticas (ojos) Normal	
Pupilas (ojos) Normal	
Corneas (ojos) Normal	
Pabellon auricular (oido) Normal	
Conductos (oido) Normal	
Timpanos (oido) Normal	
Tabique Normal	
Cornetes (nariz) Normal	
Mucosas (nariz) Normal	
Labios (boca) Normal	
Lengua (boca) Normal	**Observaciones de lengua (boca)** MUCOSA ORAL HÚMEDA
Faringe y amigdalas (boca) Normal	

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Cuello - tiroides Normal	**Descripcion de cuello - tiroides** MÓVIL, SIMÉTRICO, NO REGURGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS PALPABLES, NO TUMORACIONES PALPABLES, TIROIDES DE CARACTERÍSTICAS NORMALES.
Examen de mamas Normal	
Torax NORMAL	**Observaciones de Torax** SIMÉTRICO, NO TIRAJES, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA.
Pulmones Normal	**Observaciones de pulmones** CLAROS BIEN VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
Corazon Normal	**Observaciones de corazon** RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS NO SOPLOS NI SOBREAGREGADOS.
Viceras (abdomen) Normal	**Observaciones de viceras (abdomen)** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
Hernias (abdomen) No	
Ganglios (abdomen) Normal	
Genitales externos Normal	
Miembros superiores (extremidades) Normal	**Observaciones de miembros superiores (extremidades)** SENSIBILIDAD : NORMAL FUERZA MUSCULAR NORMAL PRUEBA DE PHALEN : NEGATIVA PRUEBA DE TINEL : NEGATIVA PRUEBA DE FINKELSTEIN : NEGATIVA ARCOS DE MOVIMIENTOS DE HOMBRO ,CODOS, MUÑECAS: NORMALES PALPACION DE CODOS : NORMAL ROTACION INTERNA Y EXTERNA DEL HOMBRO :NO DOLOROSA
Miembros Inferiores (extremidades) Normal	**Observaciones de miembros inferiores (extremidades)** SENSIBILIDAD : NORMAL FUERZA MUSCULAR NORMAL SIMETRIA EN LA LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES ARCOS DE MOVIMIENTOS DE CADERA, RODILLA Y TOBILLOS NORMALES
Varices (extremidades) Normal	
Marcha natural Normal	**Observaciones de marcha (sistema nervioso)** MARCHA PUNTAS-TALONES NORMAL.
Sensibilidad (sistema nervioso) Normal	
Reflejos (sistema nervioso) Normal	
Impresion psicologica Normal	

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Columna	Observaciones de columna
Normal	ALINEACIÓN, POSTURA Y FLEXIBILIDAD CONSERVADAS,LASEGUE NEGATIVA, ADAMS NEGATIVO, DESCRIPCIÓN DE POSTURA: CIFOSIS DORSAL NORMAL, CURVA LUMBAR NORMAL, HOMBROS ALINEADOS.
Examen osteomuscular	
Normal	

CLASIFICACIÓN OSTEOMUSCULAR

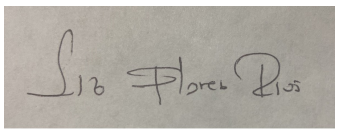
CLASIFICACIÓN OSTEOMUSCULAR	
NO CASO	

RESULTADOS DEL EXAMEN MEDICO

DIAGNOSTICO EXAMEN MEDICO	(R635) AUMENTO ANORMAL DE PESO- SOBREPESO

RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILO DE VIDA

Recomendaciones	Realizar actividad física regular Fomentar habitos y estilos de vida saludables Fomentar la practica de pausas activas Dieta baja en calorías Bajar de peso



LIZ BETH FLOREZ RIOS
CC 1042446744
RM 1042446744 / LIC 3262-03/06/2022
MEDICINA LABORAL

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

PLUSALUD
Especialistas en Salud Ocupacional

Carrera 43 No. 72 - 122 / 2do piso. Oficina 203
Tels. (5) 360 26 05 - 358 97 04

REPORTE DE LABORATORIO

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ	**Identificacion**	CC 1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55	**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA, ATLANTICO
Teléfono	3107897766	**Asegurador**	
		Edad:	

No.:1741870 — **28/01/2026 9:03:09 a. m.**

PERFIL LIPIDICO

ITEM	VALOR	REFERENCIA
	QUIMICA	
COLESTEROL TOTAL	194 mg/dl	De 0 a 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	*549 mg/dl	De 0 a 150 mg/dl
COLESTEROL HDL	*21 mg/dl	De > a 38 mg/dl
COLESTEROL VLDL	*109 mg/dl	De 0 a 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	64 mg/dl	De 0 a 178 mg/dl

OBSERVACIONES

* RESULTADO VERIFICADO, SUERO LIPEMICO

INGRID ESCALANTE GALINDO
BACTERIOLOGIA
RM:22642084

PLUSALUD
Especialistas en Salud Ocupacional

Carrera 43 No. 72 - 122 / 2do piso. Oficina 203
Tels. (5) 360 26 05 - 358 97 04

REPORTE DE LABORATORIO

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ	**Identificacion**	CC 1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55	**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA, ATLANTICO
Teléfono	3107897766	**Asegurador**	
		Edad:	

No.:1741867 — **GLICEMIA (PLUSALUD)** — **28/01/2026 9:03:09 a. m.**

ITEM	VALOR	REFERENCIA
	QUIMICA	
GLICEMIA EN AYUNAS	95 mg/dl	De 70 mg/dl a 100 mg/dl mg/dl

OBSERVACIONES

INGRID ESCALANTE GALINDO
BACTERIOLOGIA
RM:22642084

PLUSALUD
Especialistas en Salud Ocupacional

Carrera 43 No. 72 - 122 / 2do piso. Oficina 203
Tels. (5) 360 26 05 - 358 97 04

REPORTE DE LABORATORIO

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ	**Identificacion**	CC 1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55	**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA, ATLANTICO
Teléfono	3107897766	**Asegurador**	
		Edad:	

No.:1741869 — **28/01/2026 9:03:09 a. m.**

HEMOGRAMA/CUADRO HEMATICO

ITEM	VALOR	REFERENCIA
	HEMATOLOGIA	
RECUENTOS DE HEMATIES	5.13 MILLON/mmc	De 3,85 a 6.30 MILLON/mmc
HEMATOCRITO	40.9 %	De 35 a 51 %
HEMOGLOBINA	14.0 g/dl	De 11 a 18 g/dl
RECUENTO DE LEUCOCITOS	8.800 mmc	De 4000 a 10000 mmc
NEUTROFILOS	67.0 %	De 43.4 a 76.2 %
LINFOCITOS	27.0 %	De 17 a 48 %
EOSINOFILOS	0.0 %	De 0 a 5 %
MONOCITOS	6.0 %	De 4.5 a 10.5 %
BASOFILOS	0.0 %	De 0 a 3 %
RECUENTO DE PLAQUETAS	*94.000 mmc	De 150000 a 450000 mmc
VCM	*79.7 um3	De 80 a 97 um3
HCM	27.3 pg	De 26 a 32 pg
CCMH	34.3 gr/dl	De 32 a 36 gr/dl

OBSERVACIONES



INGRID ESCALANTE GALINDO
BACTERIOLOGIA
RM:22642084

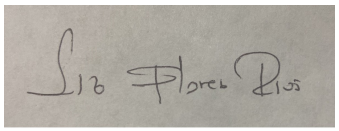
Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ			**Identificacion**	1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55			**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA
Teléfono	3107897766	**Asegurador**			
Est. Civil	Union Libre	**Sexo:**	M	**Edad:**	39 años 6 meses y 19días (14/07/1986
Ocupación:		**Acompañante:**			
Responsable:					

REMISIÓN

No.:	7842315	**Edad del paciente:**	39 años 6 meses y 19días	**Fecha de la nota:**	2/02/2026 8:52:06 a. m.

REMISION

ESPECIALIDAD	Medicina General
TIPO DE REFERENCIA	REFERENCIA
PRIORIDAD	ORDINARIO
JUSTIFICACION	PACIENTE A QUIEN SE LE DETECTO EN EVALUACION DE MEDICINA DEL TRABAJO HALLAZGOS ANORMALES EN PERFIL LIPIDICO Y HEMOGRAMA: RECUENTOS DE HEMATIES 5.13 MILLON/mmc De 3,85 a 6.30 MILLON/mmc HEMATOCRITO 40.9 % De 35 a 51 % HEMOGLOBINA 14.0 g/dl De 11 a 18 g/dl RECUENTO DE LEUCOCITOS 8.800 mmc De 4000 a 10000 mmc NEUTROFILOS 67.0 % De 43.4 a 76.2 % LINFOCITOS 27.0 % De 17 a 48 % EOSINOFILOS 0.0 % De 0 a 5 % MONOCITOS 6.0 % De 4.5 a 10.5 % BASOFILOS 0.0 % De 0 a 3 % RECUENTO DE PLAQUETAS *94.000 mmc De 150000 a 450000 mmc VCM *79.7 um3 De 80 a 97 um3 HCM 27.3 pg De 26 a 32 pg CCMH 34.3 gr/dl De 32 a 36 gr/dl COLESTEROL TOTAL 194 mg/dl De 0 a 200 mg/dl TRIGLICERIDOS *549 mg/dl De 0 a 150 mg/dl COLESTEROL HDL *21 mg/dl De > a 38 mg/dl COLESTEROL VLDL *109 mg/dl De 0 a 40 mg/dl COLESTEROL LDL 64 mg/dl De 0 a 178 mg/dl SE REMITE PARA VALORACIÓN , ESTUDIO Y MANEJO. DIAGNOSTICOS ASOCIADOS: (D696) TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA (E785) HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA



LIZ BETH FLOREZ RIOS
CC 1042446744
RM 1042446744 / LIC 3262-03/06/2022
MEDICINA LABORAL

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ			**Identificacion**	1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55			**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA
Teléfono	3107897766	**Asegurador**			
Est. Civil	Union Libre	**Sexo:**	M	**Edad:**	39 años 6 meses y 14días (14/07/1986
Ocupación:		**Acompañante:**			
Responsable:					

VISIOMETRIA

No.: 7836708 **Edad del paciente:** 39 años 6 meses y 14días **Fecha de la nota:** 28/01/2026 9:45:10 a. m.

DATOS PERSONALES

EMPRESA EN MISIÓN NO APLICA	**CARGO** PROFESOR	
ÁREA O SECCIÓN AULA DE CLASES		

TIPO DE EXAMEN PREOCUPACIONAL	**TIPO DE APTITUD** APTITUD LABORAL

ADMIN. DE RIESGO LABORAL CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	**EMPRESA PROMOTORA DE SALUD** EPS SURA	**EMPRESA ADMINISTRADORA DE PENSION** PROTECCION SA
FECHA INGRESO 2026-01-28	**ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA** 0 AÑOS	**TIPO DE EVALUACIÓN** Preocupacional

ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS

¿Ha padecido enfermedades oculares? NO	**¿Actualmente esta en tratamiento?** NO	**¿Tiene lentes formulados?** SI

Indicaciones de uso	Oficio / Solo filtro
¿Cuánto hace que le formularón los últimos lentes?	REFIERE DESDE 2023

SIGNOS Y SINTOMAS OCULARES

SIGNOS Y SINTOMAS OCULARES Sin Signos y sintomas oculares

RESULTADOS

AGUDEZA VISUAL LEJANA OJO DERECHO 20/25	**AGUDEZA VISUAL LEJANA OJO IZQUIERDO** 20/25
VISION CERCANA OJO DERECHO .75M	**VISION CERCANA OJO IZQUIERDO** .75M

AGUDEZA VISUAL NORMAL	**STEREOPSIS** 40"	**VISION COLOR** NORMAL
FORIAS NORMAL	**CAMPIMETRIA** NORMAL	

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

DIAGNOSTICO

RESULTADO DE LA VISIOMETRIA	EMETROPE

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	VALORACION ANUAL



MARIA FERNANDA ROMERO BARRIOS
CC 1042461229
RM RES. 08-6525 DE 2018
AUXILIAR DE ENFERMERIA

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Paciente	LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ			**Identificacion**	1098618408
Direccion	CALLE 1 # 21 - 55			**Ciudad**	PUERTO COLOMBIA
Teléfono	3107897766	**Asegurador**			
Est. Civil	Union Libre	**Sexo:**	M	**Edad:**	39 años 6 meses y 14días (14/07/1986
Ocupación:		**Acompañante:**			
Responsable:					

EXAMEN DE VOZ

No.:	7836827	**Edad del paciente:**	39 años 6 meses y 14días	**Fecha de la nota:**	28/01/2026 10:26:11 a. m.

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN	CARGO	ÁREA
NO APLICA	PROFESOR	EDUCATIVA

PROFESION	ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL COLEGIO O UNIVERSIDAD
INGENIERO ELECTROMECANICO	4

¿CUANTAS HORAS LABORA EN LA SEMANA?	¿CUANTOS ESTUDIANTES HAY POR SALÓN EN SUS CLASES APROXIMADAMENTE?	¿HACE CUANTO TIEMPO SE DESEMPEÑA COMO DOCENTE?
44 HORAS	20 ESTUDIANTES	6 AÑOS

CENTRO DE COSTO	CÓDIGO SAP	ÁREA O SECCIÓN
NO APLICA	NO APLICA	AULA DE CLASES

TIPO DE EXAMEN	TIPO DE APTITUD
PREOCUPACIONAL	APTITUD LABORAL

ADMIN. DE RIESGO LABORAL	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD
CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	EPS SURA

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA SUFRIDO PROBLEMAS DE VOZ?	¿DE QUE TIPO?	TRATAMIENTOS RECIBIDOS
No	NO APLICA	NO APLICA

ANTECEDENTES PERSONALES

PRESENTA ODINOFONIA	PRESENTA ODINOFAGIA	SIENTE QUEMAZÓN EN LA GARGANTA
NO	NO	NO
CARRASPEO FRECUENTE	**CANSANCIO O FATIGA AL HABLAR**	**SENSACIÓN DE AHOGO**
NO	NO	NO

OPRESION RESPIRATORIA	SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LA GARGANTA
NO	NO

DOLOR DE CUELLO	DOLOR EN LA ESPALDA	SIENTE GOTEO POSTNASAL
NO	NO	NO

¿COMO SIENTE SU VOZ?	¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PERDIDA TOTAL DE LA VOZ?
Sin cambios	NO

INICIO Y EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO - ¿CUANDO INICIO SU PROBLEMA DE VOZ?	A QUE EVENTO LO RELACIONA	¿LE PARECE QUE SU VOZ ES?
NO APLICA	NO APLICA	Normal

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

HA PRESENTADO TRASTORNOS PARECIDOS ANTERIORMENTE	EVOLUCION	SIENTE SU VOZ MEJOR AL
NO	NO APLICA	Sin cambios

TRATAMIENTOS ANTERIORES	INTERVENCIONES QUIRURGICAS
NO APLICA	NO APLICA
RE EDUCACIÓN VOCAL	**DURACION**
NO APLICA	NO APLICA

¿EN EL ULTIMO AÑO HA ESTADO INCAPACITADO POR PROBLEMAS DE VOZ?	NO

INDIQUE CUANTAS INCAPACIDADES	SUMANDO TODAS LAS INCAPACIDADES, CUANTOS DIAS DE INCAPACIDAD TUVO
0	0

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

AMÍGDALAS HIPERTROFICAS?	CIRUGÍA DE AMÍGDALAS?	LARINGITIS, DISFONIA?
NO	NO	NO
RINITIS Y/O SINUSITIS?	**RESFRIADOS FRECUENTES?**	**DUERME CON LA BOCA ABIERTA?**
NO	NO	NO
TIENE SIALORREA?	**RONCA?**	**RESEQUEDAD EN LA MUCOSA ORAL?**
NO	NO	NO
INGIERE COMIDAS MUY CALIENTES?	**INGIERE COMIDAS MUY FRÍAS?**	**INGIERE COMIDAS PICANTES?**
NO	NO	NO

POSEE HORARIOS REGULARES DE COMIDA?	TOMA AGUA DURANTE SU JORNADA LABORAL?
SI	SI

PRESENTA DISFAGIA?	DOLOR AL MASTICAR?	MAL SABOR EN LA BOCA?
NO	NO	NO
HA SUFRIDO GASTRITIS?	**ULCERA?**	**REFLUJO GASTROESOFAGICO?**
NO	NO	NO

ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD	NO APLICA

ASPECTOS AMBIENTALES

TRABAJA CON AIRE ACONDICIONADO	ESTA EXPUESTO A RUIDOS	ESTA EXPUESTO A POLVO	ESTA EXPUESTO A VAPORES TÓXICOS
NO	NO	NO	NO

ESTA EXPUESTO A SOBRECARGA LABORAL	USA MEGÁFONO O MICRÓFONO
NO	NO
SE LE DIFICULTA HABLAR EN UN AMBIENTE RUIDOSO	**HABLA MUCHO POR TELEFONO**
NO	NO

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PATOLOGIA

¿FUMA?	¿CON QUE FRECUENCIA?	¿FUMÓ ANTES?	¿CONVIVIÓ CON FUMADORES?
NO	NO APLICA	SI	NO

¿CONSUME LICOR?	¿CON QUE FRECUENCIA?
NO	SOCIALMENTE

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

¿CANTA?	¿SU VOZ VARÍA SEGÚN LOS CAMBIOS DE CLIMA?
NO	NO

EXAMEN DE COMPORTAMIENTO RESPIRATORIO

TIPO RESPIRATORIO	MODO RESPIRATORIO	FRECUENCIA RESPIRATORIA
COSTAL SUPERIOR SIN ASCENSO CLAVICULAR	NASAL/NASAL	19 RESPIRACIONES/MINUTO

DURACIÓN DEL SOPLO RESPIRATORIO, SOPLO ABIERTO	DURACIÓN DEL SOPLO RESPIRATORIO, SOPLO CERRADO
17SEGUNDOS	24 SEGUNDOS

EFICIENCIA RESPIRATORIA FONATORIA EN FUNCION DE LA PALABRA, LECTURA NORMAL	EFICIENCIA RESPIRATORIA FONATORIA EN FUNCION DE LA PALABRA, LECTURA PROYECTADA	EFICIENCIA RESPIRATORIA FONATORIA EN FUNCION DE LA PALABRA, NUMEROS
46PALABRAS	47PALABRAS	45 NUMEROS

EXAMEN DE COMPORTAMIENTO MUSCULO ESQUELETICO

ASPECTO GENERAL	NORMAL

EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - HOMBROS	EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - CUELLO
NORMALES	NORMAL
EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - MUSCULATURA FACIAL	**EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - SUPRAHIOIDEA**
NORMAL	NORMAL
EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - INFRAHIOIDEA	**EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - ESTERNOCLEIDOMASTOIDEOS**
NORMAL	NORMAL
EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - TRAPECIOS	**EVALUACIÓN DE LOS SEGMENTOS CORPORALES - POSICIÓN DE LA LARINGE**
NORMAL	APROPIADA

ORGANOS FONOARTICULADORES	NORMALES

EXAMEN DE COMPORTAMIENTO VOCAL

TONO	RESONANCIA	TIPO DE RESONANCIA
NORMAL	NORMAL	LARINGEA, NASAL
TIMBRE	**ATAQUE VOCAL**	**LARINGE - TOS**
VIBRANTE	NORMAL	NORMAL Y EFICAZ

LARINGE - RISA	LARINGE - CARRASPEO	FUNCION ESFINTERIANA	GRADO DE DISFONIA
NORMAL	EFICAZ	POSIBLE	NO PRESENTA

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLOGICO

DIAGNOSTICO	PACIENTE QUE SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	SE ENTREGA FOLLETO DE PAUTAS DE HIGIENE VOCAL.

SE IMPARTIO CAPACITACION SOBRE CUIDADO DE LA VOZ	SE REMITE AL OTORRINOLARINGOLOGO	EXAMEN DE CONTROL FONIÁTRICO EN
SI	NO	12 MESES

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

FECHA PRÓXIMO CONTROL FONIÁTRICO	2027/01



YEISY PAOLA OSPINO GARCIA
CC 1140862148
RM 00188
FONOAUDIOLOGIA

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Luis Gabriel Urueta Alvarez

C.C 1.098.618.408

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 76909395000

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromISO de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 realizó el día 19/02/2026 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 LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 el día 19/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098618408 realizó el día 19/02/2026 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

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

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

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ identificado con CC. 1098618408 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/19	**Fecha inicio contrato**	2026/01/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/30
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero del 2026.

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: **CC20022026L1098618408U10066447.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Certificación Bancaria

Jueves, 19 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que LUIS GABRIEL URUETA ALVAREZ identificado(a) con CC 1098618408, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	07846165490	2015-08-04	Activo	*****

*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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101034567	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
19	01	2026	01	02	2026	00:00	30	04	2027	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	URUETA ALVAREZ LUIS GABRIEL	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :1,098,618,408
DIRECCIÓN:	CALLE 1 D 21 55	CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO	TELÉFONO: 3107897766

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CRA. 43 NO 42-40	CIUDAD: BARRANQUILLA - ATLANTICO	TELÉFONO: 6348311
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8889029 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 8-9302-23 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO ALA GESTIÓN, COMO DISEÑADOR DE CONTENIDOS DIGITALES, PARA LA CONSTRUCCIÓN, DISEÑO,ADECUACIÓN, ADAPTACIÓN Y AJUSTE DE INTERFACES WEB, PIEZAS GRÁFICAS, CARTILLAS, DISEÑOSEDITORIALES, MATERIAL MULTIMEDIA Y DEMÁS MATERIAL DE APOYO SOLICITADO PARA EL DESARROLLODE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS EN MODALIDAD VIRTUAL Y ADISTANCIA, CON BASE EN EL MODELO PEDAGÓGICO DEL SENA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2026	30/04/2027	$ 5,373,500.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 26,676.12	$ 8,000.00	$ 6,588.46	$ 41,264.58	$ 5,373,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GOMEZ Y SERRANOS LTDA	18552	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 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101034567
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101034567, 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 BUCARAMANGA, a los 19 días del mes de Enero de 2026



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 96461010345670

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	URUETA ALVAREZ LUIS GABRIEL			C.C. C.C. :1,098,618,408	
LA SUMA DE:	CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101034567				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101034567 - 0 - 0		$ 26,676.12	$ 8,000.00	$ 6,588.46	$ 41,264.58

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 41,264.58
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	GOMEZ Y SERRANOS LTDA - 18552	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 41,264.58
		CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 96461010345670

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE:	URUETA ALVAREZ LUIS GABRIEL			C.C. C.C. :1,098,618,408	
LA SUMA DE:	CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101034567				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101034567 - 0 - 0		$ 26,676.12	$ 8,000.00	$ 6,588.46	$ 41,264.58

FORMA DE PAGO

		EFECTIVO:	$ 41,264.58
		CHEQUE:	$ 0.00
		TARJETA:	$ 0.00
		BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO:	GOMEZ Y SERRANOS LTDA - 18552	OTROS:	$ 0.00
		TOTAL:	$ 41,264.58
		CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101034567

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO