

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAM		Código Regional	25
			Código Centro	923210
			Fecha Elaboración	Marzo de 2020
			Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
		ID de Proceso	36068-271186	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS		
Correo electrónico contratista:		drayo@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		
Es declarante de renta?		NO		
Es Pensionado?		NO		
Inducción SST		SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI		
Tipo de cta		AHORROS		
Nº Cuenta		86999682521		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato:	259232293/2020	Nº Compromiso SIIF	33120	
Valor Total del Contrato	\$ 35.374.732	Nº Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 35.374.732	Periodo objeto de pago	Del 02/03/2020 Al 31/03/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 31.710.921	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.663.811	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.663.811	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.434.583	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	2.434.583,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.465.524	\$ 9403228626	Valor Base retención en la fuente ICA	3.246.111,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 183.200	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 234.500	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 7.700	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	19.477,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 811.528	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.644.334,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Inducción programa SER, presentación de metas y organización de formaciones para el cumplimiento de las mismas. 24 horas. Concertación de grupos de formación para la creación de unidades productivas según los lineamientos del programa SER. 88 horas. Trabajo programado establecido por los lineamientos de la coordinación nacional del emprendimiento y programa SER. 56 horas. Total: 168 horas.				
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 la indicada 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.				
			DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
			EDNA YAMILE GOMEZ VELASCO INSTRUCTOR	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
ROBERTO PRIETO LADINO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110497523
NOMBRES Y APELLIDOS	Rayo Vargas, Diego Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rayo Vargas, Diego Alejandro, a los 28 días del mes de marzo del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

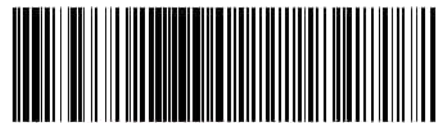
2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14567154126



(415)7707212489984(8020) 000001456715412 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 1 0 4 9 7 5 2 3 - 3

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 1 1 0 4 9 7 5 2 3

27. Fecha expedición:

2 0 0 8 0 5 2 3

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Tolima

7 3

30. Ciudad/Municipio:

Ibagué

0 0 1

31. Primer apellido

RAYO

32. Segundo apellido

VARGAS

33. Primer nombre

DIEGO

34. Otros nombres

ALEJANDRO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Tolima

7 3

40. Ciudad/Municipio:

Ibagué

0 0 1

41. Dirección principal

CL 16 13 02 AP 101

42. Correo electrónico:

diegoarayo@hotmail.com

43. Código postal

2 6 1 2 9 6 5

44. Teléfono 1:

3 1 4 3 3 8 9 4 9 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 3 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 2 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

8 5 2 3

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 2 0 3

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

4 1 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 6 0 1

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR	FECHA 15/01/2018 12:19:11
PREOCCUPACIONAL O INGRESO ☒	POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS	C.C 1110497523
EDAD 27 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR INSTRUCTOR	



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☒ NO ☐
Visiometría	☒	Glic ☒ Col ☒ Trigli ☒ Otros ☐	
Audiometría	☒	Cuales	P.LIPIDICO -
Espirometría	☐	Radiografías	PSICOLOGIA EN FASIS OSM

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS / HIGIENE POSTURAL
VALORACION PSICOLOGIA EPS

EXÁMEN PERIÓDICO			
Puede continuar con su labor	SI ☐ NO ☐	Se sugiere reubicación laboral	SI ☐ NO ☐
EXÁMEN DE EGRESO			
Sospecha de enfermedad laboral	SI ☐ NO ☐	Cual	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

INCLUIR PVE RIESGO PSICOSOCIAL - PAUSAS ACTIVAS - USO DE EPP

Diego A Rayo V.

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

[Signature]

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013
FIRMA DEL ESPECIALISTA



Scanned with

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.
E-mail: clinisurips@hotmail.com - www.clinisurips.com

NOMBRE **DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS**

Técnicas de exploración utilizadas - Entrevista semi-estructurada, Test Ista 21, Test SLR 90 síntomas

FACTORES DE RIESGO

RESULTADO			
EXIGENCIAS PSICOLOGICAS	0-7	Trabajo pausado y dinámico no requiere esconder emociones	
	8-10	Rapidez y regularidad intermedia, manejo moderado de emociones	X
	11-24	Trabajo rápido e irregular, exigencia de esconder emociones	
TRABAJO ACTIVO Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO	40-26	Desarrollo de habilidades, conocimiento, autonomía y tiempos	X
	25-21	Desarrollo intermedio de autonomía, habilidades de conocimiento y tiempos	
	20-0	No hay influencia ni manejo de autonomía, no posibilita desarrollo de habilidades, conocimiento ni tiempos, no tiene sentido de trabajo	
COMPENSACIONES DEL TRABAJO	0-1	Trato cordial, sentido de pertenencia, estabilidad laboral	
	2-5	Trato medianamente justo, escaso sentido de pertenencia	X
	6-16	Trato injusto, falta de respeto, inseguridad contractual	
APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO	40-29	Trabajo como reforzador positivo, claridad de rol y estímulo de relación social	
	28-24	Apoyo parcial, mediana posibilidad de socialización	X
	23-0	Trabajo aislado, pobre apoyo, tareas y tiempos y mal definidos	
DOBLE PRESENCIA	0-3	Compatibilización del trabajo doméstico con el laboral	
	4-6	Trabajo doméstico de mediana carga con el laboral	X
	7-16	Exigencia doméstica agregada a la carga laboral	
NO APLICA			

SÍNTOMAS CONDUCTUALES O SOMÁTICOS DE ESTRÉS	Asintomático	
	Quejas múltiples variadas	
	Quejas variadas de origen somático	X
	Otros	

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

El estado de personalidad no corresponde con factores de riesgo psicosocial, ni organizacional. Además no se registra síntomas somáticos de estrés.	
El estado de personalidad corresponde con menos de dos factores de riesgo psicosocial - organizacional. Aunque registra no síntomas somáticos de estrés.	
El estado de personalidad corresponde con más de tres factores de riesgo psicosocial - organizacional. Aunque no se registra síntomas somáticos de estrés. Se recomienda seguimiento del caso por parte del profesional competente (trabajo social) dentro de la organización.	
El estado de personalidad corresponde con más de tres factores de riesgo psicosocial - organizacional. Además registra síntomas somáticos de estrés. Paciente que requiere psicovaloración sistemática por parte del profesional competente y seguimiento del caso por parte del departamento de trabajo social dentro de la organización.	
El estado de personalidad no corresponde con factores de riesgo psicosocial - organizacional. Aunque registra síntomas somáticos de estrés que requieren tratamiento. Paciente que requiere psicovaloración sistemática por parte del profesional competente.	X

MARIA CRISTINA LÓPEZ LÓPEZ
Psicología Clínica. R.N 3463 T.P 142389



Scanned with

CamScanner

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: clinisurips@hotmail.com - www.clinisurips.com

Doc: 1110497523

Nombre : DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS

Edad : 27 Años Sexo : M

Entidad: PARTICULAR

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA BASAL				
GLICEMIA BASAL	92	70	110	mg/dL
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	163		200	mg/dl
COLESTEROL HDL	45,2		65	mg/dl
COLESTEROL LDL	96,2		150	mg/dl
TRIGICERIDOS	108		200	mg/dl

Lorena González Fonseca
LORENA GONZALEZ FONSECA
Bacteriología - U.C.M.C. Especialidad:
C.C.: 1130.590.863 CC: 1030590863 RM:



Scanned with
CamScanner

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S**

Nº. 900810768 - B

Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE

Tel. 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retro ☐ Post Incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 22/01/2016 12:14:00 Empresa CONVENIO PARTICULAR 001

Nombre DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS

Cargo INSTRUCTOR

Doc. Identidad CC 1110497523

**SE PUEDEN ENCONTRAR LOS RESULTADOS EN LOS SIGUIENTES EXÁMENES**

1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR-CARDIOVASCULAR	2 IN BODY	3 ELECTROCARDIOGRAMA
4	5	6
7	8	9

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICABLE A LA INFORMACIÓN	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☒	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☒	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☒	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☒	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☒	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☒	☐	☐	EXÁMEN ESPECIAL	SI	NO
				Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
				Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
				Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICAVisual ☐ Audición ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

ELECTROCARDIOGRAMA: Sin alteración

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL
103063036
MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA GENERAL
CC- 103063036 RM

Diego A. Rayo V.Trabajador: DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS
CC: 1110497523

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Cierre Semestre

Scanned with
CamScannerDirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE Teléfono: 8822218
Email: CLINICA EUGENIO DIAZ 2015@GMAIL.COM

Página 1 de 2



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

NIT. 900810769 - 8

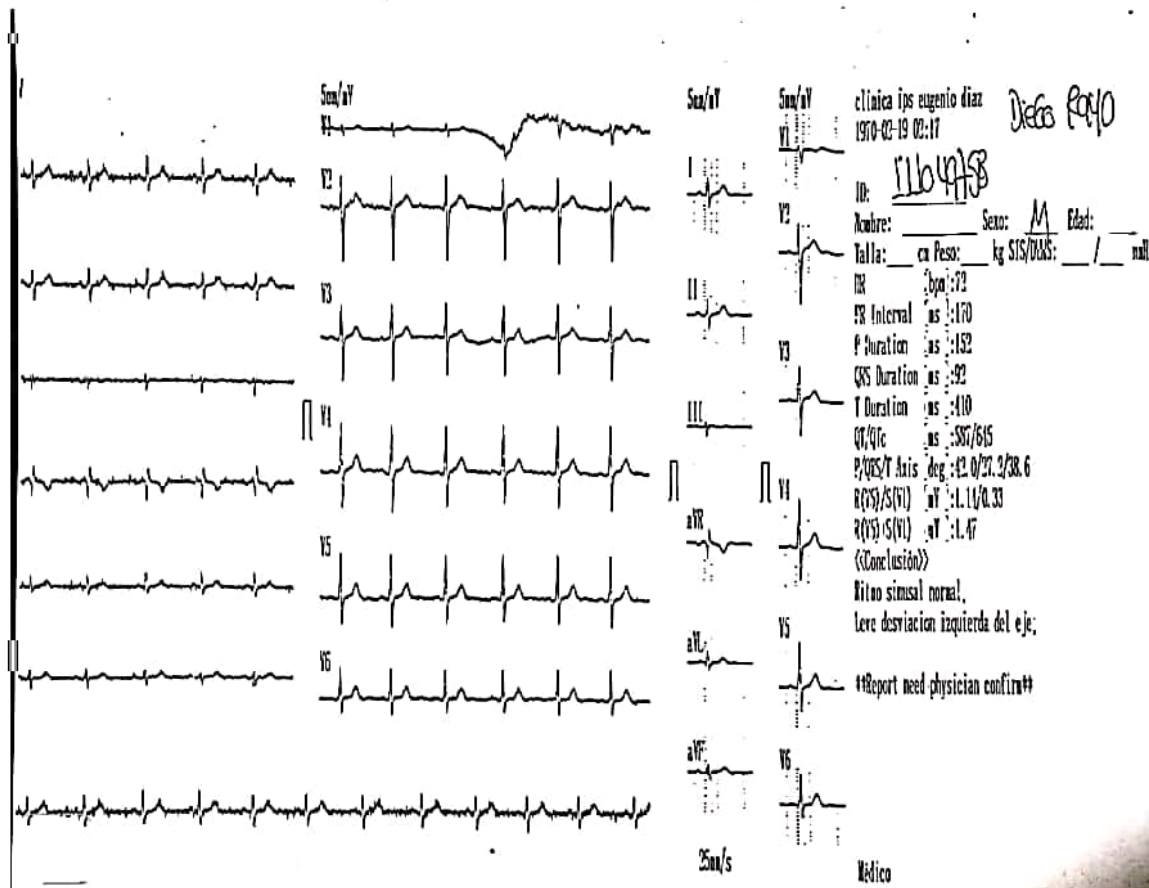
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE

Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

3. Puesto de trabajo ergonómicamente Apto
4. Articular sonidos de manera correcta
5. Mantener un ritmo adecuado al hablar
6. Intentar hablar de frente al alumno pues hacerlo de espalda supone elevar la voz
7. Evitar los cambios bruscos de temperatura
8. Evitar forzar la voz al intentar hablar por encima del ruido ambiental
9. Evitar las sobrecargas laborales

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



Diego A. Rayo V.

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA GENERAL
CC: 1030583036 RM:

Trabajador: DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS
CC: 1110497523

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE Teléfono: 8822218
Email: CLINICA EUGENIO DIAZ 2015@GMAIL.COM



Scanned with
CamScanner



I.R.S. SALUD OCUPACIONAL REGIONAL **SORE** S.A.S.
Pagina: 1 de 1

NIT. 900.421.821-1 / RÉGIMEN COMÚN
AV. FERROCARRIL No. 41-46 Tels.: 2647277
2701329 / Cel.: 310-8713746 Ibagué, Tolima
saludocupacionalsores@yahoo.com / www.sorosaludocupacional.com
Procedimiento Seguro de Salud del Tolima No. 2534 del 27 de Oct. 2013

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



CARGO: INSTRUCTOR

NOMBRE DEL PACIENTE: DIEGO ALEJANDRO PAYO VARGAS

DOCUMENTO: 1110497523

EMPRESA CONTRATANTE: PACIENTES PARTICULARES

EMPRESA EN MISIÓN:

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

FECHA: 2019-01-28

CIUDAD: IBAGUE

EXAMENES QUE SE LE REALIZARON

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO MUSCULAR

Otro examen: EXAMEN DE VOZ

CONCEPTO

Apto para manipular alimentos:	SI ☐	NO ☐	Aplazado ☐	No Aplica ☒
Apto para trabajar en alturas:	SI ☐	NO ☐	Aplazado ☐	No Aplica ☒
Apto para trabajar en espacios confinados:	SI ☐	NO ☐	Aplazado ☐	No Aplica ☒

EXAMEN DE INGRESO

Tipo: APTO

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL

Control Periodico por EPS

CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL

Higiene Postural

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Dieta

Ejercicio regular 3 veces/semana

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

NOTA: PACIENTE QUIEN SE LE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEO MUSCULAR, DERMATOLOGICO Y CARDIO VASCULAR SIN PRESENTAR NINGUNA ALTERACION DE SALUD

EXAMEN FONCAUDIOLOGIA NORMAL

INDUCCION PUESTO DE TRABAJO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Yo DIEGO ALEJANDRO PAYO VARGAS identificado con C.C. No. 1110497523 Autorizo al medico abajo mencionado, a que me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional, exámenes complementarios y con constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, riesgos, limitaciones y costos del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Confirmando que la información suministrada es verdadera, correcta y acepto el manejo de confidencialidad que la Empresa da a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional. Consentimiento firmado de acuerdo a la resolución 1995 de 1993.

TRABAJADOR: DIEGO ALEJANDRO PAYO VARGAS

MEDICO: JULIO CESAR GUERRERO CASTRO

Firma del Trabajador

C.C. 1110497523

JULIO CESAR GUERRERO CASTRO
MEDICO CIRUJANO P. G 69 S.S.T.
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 2128-11 Sep. 2009

Dra. IRIAN NAYIVE ALDANA M.
Fonoaudióloga
Especialista en Administración de Salud Ocupacional
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Lic. S.O. 1360
Cel. 313434 52 31

**HISTORIA OCUPACIONAL DE LA
CAPACIDAD VOCAL**

CIUDAD: Medellin FECHA: 1-28-19

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE: Diego A. Rayo CÉDULA: 110497 523
EDAD: 22 OCUPACIÓN: Docente ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 5a.
EMPRESA: Sena

2. TIPO DE EXAMEN

INGRESO X PERIÓDICO RETIRO

3. ANTECEDENTES

- a. Médicos quirúrgicos (Endocrinos, Respiratorio, Gastroenterológicos, Neurológicos, Audiológicos, Alérgicos, otros. Cuál)
b. Farmacéuticos no
c. Hábitos no
d. Ocupacionales Docente
e. Familiares no
f. Ambientales no
g. Tratamientos fonoaudiológicos Previos no

4. POSTURA Y TONICIDAD

a. POSTURA ESTÁTICA

I. Vista anterior: Adecuada ✓ a Derecha a izquierda
II. Vista lateral: Adecuada ✓ a Derecha a izquierda

TONICIDAD

Dinámica (cabeza, cuello y hombros)

Flexión	Adecuada	<u>✓</u>	Insuficiente	<u> </u>	Nulo	<u> </u>
Extensión	Adecuada	<u>✓</u>	Insuficiente	<u> </u>	Nulo	<u> </u>
Flexión lateral	Adecuada	<u>✓</u>	Insuficiente	<u> </u>	Nulo	<u> </u>
Rotación	Adecuada	<u>✓</u>	Insuficiente	<u> </u>	Nulo	<u> </u>
Sentado	Adecuada	<u>✓</u>	Insuficiente	<u> </u>	Nulo	<u> </u>

Observaciones:

Palpación (Cabeza, Cuello y Hombros)

General	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Suprahioidea	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Infrahioidea	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Cervical	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Escapular	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
LA. tiroidea	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Tensión laríngea	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>
Altura laríngea	Adecuada	<u>✓</u>	Hipertónica	<u> </u>	Hipotónica	<u> </u>



Scanned with
CamScanner

5. RESPIRACIÓN

- 5.1 Respiración en Reposo: Oral _____ Nasal ☒ Mixta _____
 5.2 Respiración en Fonación: Oral _____ Nasal _____ Mixta ☒
 5.3 Tipo Respiratorio: Oral _____ Nasal _____ Mixta ☒
 5.4 Coordinación Fono-respiratoria: Adecuada ☒ Alterada _____ Muy alterada _____
 5.5 Ciclo Respiratorio: Nasal-Nasal _____ Bucal-Bucal _____ Mixto ☒
 5.6 Prueba de Glatzer
 5.6.1 En Reposo (Existe escape nasal de aire) Si _____ No ☒
 5.6.2 En Fonación (Existe escape nasal de fonación) Si _____ No ☒

PARÁMETROS VOCALES

	Si	No
Carraspeo		☒
Tos		☒
Variación de la voz		☒
Fatiga vocal		☒
Quiebres tonales		☒
Intensidad alta		☒
Intensidad baja		☒
Tono agudizado		☒
Tono agravado		☒
Nasalización		☒
Otros		☒

Observaciones:

Hidratación Constante.

6.2 Sonato - sensoriales

	Si	No
Sensación de cuerpo extraño		☒
Sed o resequedad		☒
Sensación de opresión en el cuello		☒
Ardor		☒
Acidez		☒
Ahogo		☒
Cambios en la consistencia de la saliva		☒
Otros		☒

6.

- 7.1 Emisión: Normal ☒ Disfonía _____ Afónica _____
 7.2 Intensidad: Adecuada ☒ Fuerte _____ Débil _____
 7.3 Altura tonal: Adecuada _____ Aguda _____ Grave ☒
 7.4 Extensión tonal: Adecuada ☒ Reducida _____ Variable _____
 7.5 Ataque vocal: Normal ☒ Duro _____ Soplado _____
 7.6 Apertura bucal: Adecuada _____ Aumentada _____ Escasa _____
 7.7 Temblor de voz: Ausente ☒ Presente _____

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO:

Limites Normales.

RECOMENDACIONES:

Ejercicios y prof. vocalis para el calentamiento y mejoría de la fonación.

FIRMA FONOAUDITÓLOGA

FIRMA DEL PACIENTE



Scanned with
CamScanner



Hace constar:

Que el Sr(a) DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110497523 realizó el día 02/03/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110497523 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.

Diego A. Rayo V.

Firma

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



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.110.497.523, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/02/2020 y fecha fin de contrato 11/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202001013278774.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Referencia Bancaria

Miércoles, 11 de Marzo de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A se permite informar que DIEGO ALEJANDRO RAYO VARGAS identificado(a) con CC 1110497523, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86999682521	2013/07/09	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 telefonica Bancolombia los siguientes números: Medellín – Local: (57-4) 510 90 00 – Local: (57-1) 343 00 00 – Barranquilla – Local: (57-5) 361 88 88 – Cali – Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 0180009 12345. Sucursales telefonicas en el exterior: España (34) 900 995 717 – Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Velez Gomez
Gerente Estrategica Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

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

Escaneado con CamS

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:						Sucursal:			Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:		
BOGOTÁ, D.C.						CHAPINERO			14			14-46-101039620			0		
Fecha Expedición:				Vigencia Desde:			A las:		Vigencia Hasta:			A las:		Tipo Movimiento:			
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año		Horas	EMISIÓN ORIGINAL				
27	02	2020		02	03	2020	00:00	11	04	2021		00:00					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: RAYO VARGAS DIEGO ALEJANDRO						Identificación: 1110497523					
Dirección: CALLE 16 13-02 BANCON						Ciudad: IBAGUE - TOLIMA					
						Teléfono: 3143389491					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA						Identificación: 899999034-1					
Dirección: CALLE 13 N 10 - 93						Ciudad: SOACHA - CUNDINAMARCA					
						Teléfono: 5461500					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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. CTO-25-9232-293-2020 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL PERFIL AGRÍCOLA PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS- CÁRNICOS DERIVADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/03/2020	11/04/2021	\$ 3,537,473.20
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00	\$ 3,537,473.20	27/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CERINZA CUELLAR FRANKL	133079	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE 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 CRA. 7 NO. 57 -67 - Teléfono: 2172417 - BOGOTÁ, D.C.

Manuel Samir



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

FIRMA TOMADOR
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186971

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 14-46-101039620, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

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

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 27 días del mes de Febrero de 2020


S.A. SEGUROS DEL ESTADO
ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdelestado.com

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010396200

FECHA					
27/02/2020					
RECIBIMOS DE:	RAYO VARGAS DIEGO ALEJANDRO		C.C. 1110497523		
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101039620				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101039620 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: CERINZA CUELLAR FRANKL - 133079				EFFECTIVO:	\$ 32,130.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 32,130.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que:

RECIBO DE PAGO N°: 14461010396200

FECHA					
27/02/2020					
RECIBIMOS DE:	RAYO VARGAS DIEGO ALEJANDRO		C.C. 1110497523		
LA SUMA DE:	TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE				
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 14-46-101039620				
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA		PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
CHAPINERO - CU. ESTATAL - 101039620 - 0 - 0		\$ 20,000.00	\$ 7,000.00	\$ 5,130.00	\$ 32,130.00
FORMA DE PAGO					
INTERMEDIARIO: CERINZA CUELLAR FRANKL - 133079				EFFECTIVO:	\$ 32,130.00
				CHEQUE:	\$ 0.00
				TARJETA:	\$ 0.00
				BD:	\$ 0.00
				OTROS:	\$ 0.00
				TOTAL:	\$ 32,130.00
				CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101039620**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVE 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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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 PARÁGRAFO 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 OCACIONADOS 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 CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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