SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**90322-185691**
No. de documento	**2975**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS	**C.C.**	93.362.708	**IP/Nº de contacto**	84818
Correo electrónico contratista:	fervar@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		80705690040	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2185428/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**4521**	
Valor Total del Contrato	$ 50.050.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 50.050.000	**1**	**Del**	**28/01/2021**	**Al**	**31/01/2021**	**$ 606.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 49.443.333		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales para para articular el desarrollo y consolidación de las acciones en I+D+i y proyectos estratégicos del Tecnoparque nodo La Granja del Ecosistema Sennova.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 606.667	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 606.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 260.750**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9414137424**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 86.917	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	260.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	347.667,00	
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	2.434,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 604.233,00**	

SON: SEISCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Inducción del equipo Tencoparque
Validación de equipos
Inducción de laboratorios en Tecnoparque
Diseño de la convocatoria para talentos Tecnoparque

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JUAN MANUEL SANCHEZ SOTO
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

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 93362708
NOMBRES Y APELLIDOS	Vargas Rios,Fernando Augusto
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente, Independiente Con
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vargas Rios,Fernando Augusto, a los 29 días del mes de enero del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14624578470

(415)7707212489984(8020) 000001462457847 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 3 6 2 7 0 8	7	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	93362708	1 9 8 3 1 0 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	RIOS	FERNANDO	AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: BRR AMBALA CL 69 19 15

42. Correo electrónico: fervar90@hotmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 0 8 0 2 0 1	7 4 9 0	2 0 1 7 0 1 0 2				4 1 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 18

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

medissat®
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DR GABRIEL MENESES MÉDICO ESPECIALISTA S.S.T
1110491860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 1915593362708

EMPRESA CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO | FECHA:2020-09-23

NOMBRE: FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS | C.C: 93362708

CARGO: INSTRUCTOR | CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

AUDIOMETRIA: HIPOAUCIAS-CONDUCTIVA COMENTARIO: OD: LEVE A MODERADA EN FREC DE 4 A 8 K, OID: LEVE EN FREC DE 4 A 8 KZ HZ, NO COMPROMETE BANDAS CONVERSACIONALES
VISIOMETRIA: PRESBICIA COMENTARIOS: AO: 20/25 CON CORRECCION AO: 20/20, DEBE USAR LENTES FORMULADOS PARA LECTURA
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: SIN ALTERACION
LABORATORIOS:(LABORATORIOS DEL DÍA 22/JUL/20 DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD) / /LABORATORIOS: (EXAMEN DE GLICEMIA REALIZADO) , (EXAMEN DE PERFIL LIPIDICO REALIZADO)
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO, DEBE USAR LENTES FORMULADOS PARA LECTURA

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI UTILIZACIÓN DE AYUDAS ERGONÓMICAS:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / PSICOLABORAL:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACION. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA. TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1).SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN EL AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN. GARANTIZAR UN BUEN NIVEL DE INTERCAMBIO DE AIRE (VENTILACIÓN) EN EL LUGAR DE TRABAJO. DISTANCIAMIENTO SOCIAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE (DOS METROS O MÁS), EVITAR TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ O LA BOCA CON LAS MANOS SIN LAVAR, REALIZAR UN LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y COMPLETO. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN PARA TODA LA ROPA DE TRABAJO.
2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA DEL TRABAJADOR, PROPORCIONAR MUÑEQUERAS PARA DIGITAR, APLICAR NORMAS EN MANIPULACIÓN DE CARGAS Y MOVILIZACIÓN A PACIENTES.
3).CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS,
4).EVITAR HABLAR EN LUGARES CON UNA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA ALTA , SI VA A HABLAR DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO CALIENTE LA VOZ ANTES DE EMPEZAR. CONSIDERAR EL USO DE UN MICRÓFONO EN AMBIENTES AMPLIOS, COMO UNA SALA DE CLASE. LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA DEL TRABAJADOR.
5) CONTROL AUDITIVO X EPS SEGUN SVE, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón
MEDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
RM 1110491860
TP-SST 23483

FIRMA DEL TRABAJADOR

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 93362708

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

Escaneado con CamS

Optica SOFFY VISSION

Luz Stella Garzón M.

Optómetra FUSM

Calle 62 # 7B-31 Prado del Norte
(Salud Empresarial VITAL)
Ibagué - Tol.
Cel.: 314 436 4617

VISIOMETRIA ○ OPTOMETRÍA ○

FECHA DE EXPEDICIÓN: 24 | 09 | 2020

Empresa: SENA	Ciudad: Ibagué	Tipo de Examen Paraclinico: INGRESO ○ EGRESO ○ PERIODICO ○
Apellidos: Vargas Rios	Nombre(s): Fernando Augusto	Tel.: 3134308435
93362.708 (Documentos de Identidad)	1 mes (Ultimo Examen Visual)	17 | M 05 | A 1965 (Fecha de Nacimiento) — EDAD
Cargo: Instructor	Antigüedad en la empresa: 12 año	Antigüedad en el oficio (años): 20 años

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR(ES)	SI	NO	Acumulado AÑOS	Uso Protección Visual
QUÍMICOS (Humos - gases - vapores - polvos)		X		
RADIACIÓN (Ultravioleta, infrarroja, RX, hornos)		X		
MECÁNICOS (Proyección de Partículas)		✓		
USO VIDEO TERMINALES	X			
ILUMINACIÓN INADECUADA: Excesiva [X] Deficiente [ ] Reflejos [X]				
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (Individuo)	X			
RIESGO BIOLÓGICO	X			

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL
Enfermedades		X	
Tratamientos		X	
Medicamentos		X	
Sintomatología Ocular			
Patología Ocular			
Cirugía Ocular			
Problemas / Refracción			
Tiempo / Evolución	Años		
Usa Corrección	X		
Tipo de Corrección: Lentes de Contacto [ ] Gafas [X] Ambos [ ]			

VALORACIÓN FÍSICA		C Anteojos	S Anteojos
Agudeza Visual Lejos	OD	20/20	20/25
	OI	20/20	20/25
Agudeza Visual Cerca	OD	20/20	20/200
	OI	20/20	20/200
Hallazgos Segmento Ant.	OD		Leve
	OI		Hiperemia
Balance Muscular			Ø
Visión Periférica	OD		Normal
	OI		Normal
Visión de Profundidad			40 sg / A
Visión de Colores			24L - 24L

RESULTADO

Rx FINAL	AV
OD +0.50	20/20
OI +0.50	20
ADD +2.50 DP (lejos) ○ DP (cerca) ○	

DIAGNOSTICO

Emetropía
Ametropía: Presbicia.

Corregido [X] Sin corrección ○
Parcial Corregido ○ No requiere RX ○

Disposición: Debe usar lentes para lectura

RECOMENDACIONES:

Control Periódico [X] Higiene Visual ○ Ortóptica ○
Protección Ocular [X] Optometría ○ Oftalmológica ○

FIRMA PACIENTE

FIRMA EXAMINADOR: Dra. Luz Stella Garzón Méndez OPTOMETRA Reg. 1234 CINO FUSM

AGENCIA PW / Cel.: 301 6369 885 Ibagué

Escaneado con CamS

Dra. Irian Nayive Aldana M.
Fonoaudiologa C.U.I.
Especialista en Administración de Salud Ocupacional
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Licencia S.O. 1360
Cel.: 3134345231

HISTORIA DE AUDIOLOGÍA OCUPACIONAL

Fecha: 24/sep/20 Empresa: SENA
Nombre: Fernando Augusto Vargas Rios C.C.: 93362705
Edad: 55 Sexo: F ____ M X Tipo de Examen: I ____ P X R ____
Cargo: Instructor Área: ____ Antiguedad: ____
Reposo Auditivo: SI X NO ____ Cabina: ✓ Audiocups: ____

A. ANTECEDENTES PERSONALES

Otológicos	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otorrea		
Otorragia		
Prurito		
Sensación de oído tapado		
Vértigo		
Tinnitus		
Hipoacusia subjetiva		
Otros		

Quirúrgicos	SI	NO
Cirugía de oído		
Timpanoplastia		
Otros		

Patológicos	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Diabetes		
Rinitis - Sinusitis		
Otros		

Extralaborales	SI	NO
Tejo		
Moto	X	
Discoteca		
Música intracanal		
Servicio Militar		
Polígono		
Instrum. Musical		
Otros		

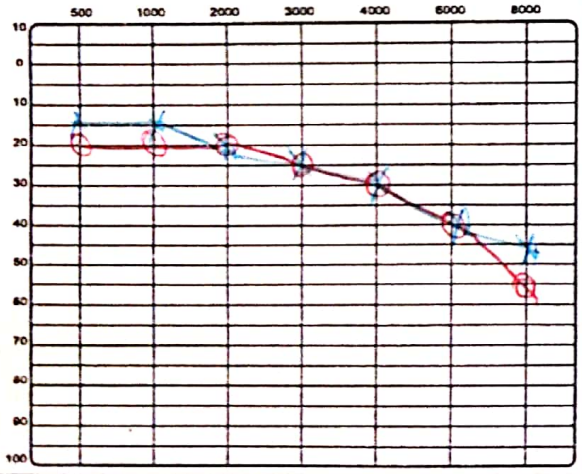
B. OTOSCOPIA

Oído derecho Normal
Oído izquierdo Normal

D. ANTECEDENTES LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Protección Auditiva

C. EVALUACIÓN



Convenciones	Oído Derecho (Rojo)	Oído Izquierdo (Azul)
Conducción aérea	O	X
Inaudible	↓	↓

E. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO DESCRIPTIVO

Oído Derecho caida leve a moderada en Frecuencia 4000 a 8000 hz

Oído Izquierdo caida leve en Frecuencia 4000 a 8000 hz

Audición Bilateral ____

Observaciones: ____

Severidad OSHA Normal (10-25db) Leve (26-45 db) Moderada (46-60 db) Severa (61-80 db) Profunda (>80db)

F. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO GATISO

	O.D	O.I	Bilateral
500			
1.000			
2.000			
3.000			
4.000	L	L	
6.000			
8.000			
Normal			

N = Normal
L = Leve
M = Moderado
S = Severo
P = Profundo

G. RECOMENDACIONES

Control según SVE	X
E.P.P. Auditivo según SVE	X
Audiometría confirmatoria	
Valoración control por ORL	
Examenes complementarios	
Limpieza ótica	
Reposo Auditivo extralaboral	X

Irian Nayive Aldana M.
Fonoaudiologa Reg. 2480

Firma Paciente ____

Escaneado con CamS

Previ

LABORATORIO CLINICO

Fecha de toma	22-jul-20 Hora 09:25 a.m.	F. impresión	22/07/2020 05:20:07 p.m.
Consecutivo	2828 -	Entidad	PREVILAB
Paciente	FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS	Doctor	0
Identificación	CC 93362708	Telefono	3134308435
Edad	55 Años Género MASCULINO		

EXAMEN	RESULTADO	Vr. REFERENCIA	Tecnica
QUIMICA SANGUINEA			
GLICEMIA	78 mg/dl	70-110mg/dl	Colorimetrica
COLESTEROL TOTAL	169 mg/dl CONFIRMADO	Hasta 200 mg/dl	Colorimetrica
COLESTEROL HDL	69 mg/dl	Hombres 35-50 mg/dl Mujeres 45-60 mg/dl	Enzimatico Colorimetrico
COLESTEROL LDL	73.4 mg/dl CONFIRMADO	Alto riesgo > 100 mg/dl	Calculo matematico
TRIGLICERIDOS	133 mg/dl	HASTA 150 mg/dl	Colorimetrico
COLESTEROL VLDL	26.6 mg/dl	HASTA 30 mg/dl	
INDICE CORONARIO	2.45	menor de 5.0	

Escaneado con CamS

medissat
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DR GABRIEL A. MENESES V.
MÉDICO ESPECIALISTA S.S.T

Mz. 8 Casa 52 Urb Calatayud
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
usuario.medissat@gmail.com

EXAMEN DE PSICOLOGIA 1915593362708: | **FECHA DE RECONOCIMIENTO:2020-09-23**

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO | **CARGO:INSTRUCTOR**

1. IDENTIFICACION EMPRESA - IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	EDUCACION DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLOGICAS	PROCEDENCIA:	IBAGUE
CEDULA:	93362708	NOMBRE COMPLETO:	FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS	LUGAR DE NACIMINENTO:	LIBANO TOLIMA
SEXO:	MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO:	1965-05-17	TELEFONO:	3134308435
DIRECCION:	CALLE 69 NUMERO 19-15 AMBALA	EDAD:	55 AÑOS	ESTADO CIVIL:	CASADO
ESCOLARIDAD:	UNIVERSITARIO	PROFESION:	INGENIERO INDUSTRIAL	USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:	NO
EPS:	SANITAS	AFP:	PROTECCION	OTROS:	
FUMA:	NO	ALCOHOL:	NO		

ANTECEDENTES PERSONALES	SI/NO	CUAL
ENFERMEDADES:	NO	
TRATAMIENTOS:	NO	
MEDICAMENTOS:	NO	
ANTECEDENTES FAMILIARES	**SI/NO**	**CUAL**
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NO	

ANTECEDENTES PERSONALES	SI/NO
CUESTIONARIO PARA ALTURAS:	NO
AQ("ACROPHOBIA QUESTIONNAIRE") CUESTIONARIO DE ACROFOBIA:	NO
CUESTIONARIO PRUEBA OCUPACIONAL:	SI
BAFT ("CREDIBILIDAD DE SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS ANSIOGENOS"):	NO
DASS-21 ("USO DE LAS ESCALAS DE DEPRESION ANSIEDAD ESTRÉS"):	SI

AQ CUESTIONARIO DE ACROFOBIA

RESULTADOS

ESCALA DE ANSIEDAD:0	ESCALA DE EVITACION:0
ESCALA DE ANSIEDAD: ALTO:111-120 SEVERO:71-99 MODERADO:51-70 DISCRETO:31-50 AUSENTE:0-30	ESCALA DE ANSIEDAD: ALTO:32-40 SEVERO 28-31 MODERADO:19-27 DISCRETO:11-18 AUSENTE:0-10

ACORDE A LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS SUBESCALAS, SE ENCUENTRA QUE EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUN ESTADIO DE ANSIEDAD ANTES LAS SITUACIONES DE ALTURA, ASÍ COMO TAMPOCO SE OBSERVA UNA TENDENCIA A LA EVITACIÓN DE ESTAS, POR LO CUAL TIENE LA CAPACIDAD PSICOLÓGICA PARA EL TRABAJO BAJO ESTAS CONDICIONES.

RESULTADOS

BAFT

BAFT - PUNTUACION TOTAL:	NOTA:'TENER EN CUENTA QUE EL PUNTO DE CORTE PARA EL EVALUADO REQUIEREN ATENCIÓN CLÍNICA ES DE 61.'

EVALUACION:

DASS-21

SUBESCALA DEPRESION:0	SUBESCALA ANSIEDAD:0	SUBESCALA ESTRÉS:1
DEPRESION: LEVE 5-6 MODERADA: 7-10 SEVERA: 11-13 EXTREMADAMENTE SEVERA:14 O MAS	ANSIEDAD: LEVE 4 MODERADA: 5-7 SEVERA: 8-9 EXTREMADAMENTE SEVERA:10 O MAS	ESTRÉS: LEVE 8-9 MODERADA: 10-12 SEVERA: 13-16 EXTREMADAMENTE SEVERA:17 O MAS

EL EVALUADO NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA A DEPRESIÓN, ANSIEDAD O ESTRÉS.

OTROS:

CONCLUCIONES:EL EVALUADO NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA A DEPRESION, ANSIEDAD O ESTRÉS. ACORDE A LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS SUBESCALAS, SE ENCUENTRA QUE EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUN ESTADIO DE ANSIEDAD ANTES LAS SITUACIONES DE ALTURA, ASÍ COMO TAMPOCO SE OBSERVA UNA TENDENCIA A LA EVITACIÓN DE ESTAS, POR LO CUAL TIENE LA CAPACIDAD PSICOLÓGICA PARA EL TRABAJO BAJO ESTAS CONDICIONES. ACORDE A LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS SUBESCALAS, SE ENCUENTRA QUE EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUN ESTADIO DE ANSIEDAD ANTES LAS SITUACIONES DE ALTURA, ASÍ COMO TAMPOCO SE OBSERVA UNA TENDENCIA A LA EVITACIÓN DE ESTAS, POR LO CUAL TIENE LA CAPACIDAD PSICOLÓGICA PARA EL TRABAJO BAJO ESTAS CONDICIONES. SEGUIDAMENTE SE APLICA LA PRUEBA DEL DASS 21 PARA DETECTAR SINTOMATOLOGÍA COMO DEPRESIÓN , ANSIEDAD Y ESTRÉS DONDE SE DETERMINA QUE EL EVALUADO NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA, POR LO CUAL DESDE LA PARTE DE SALUD MENTAL PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES SIN NINGUNA RESTRICCION.

CONCEPTO:PACIENTE APTO PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

NOMBRE DEL MEDICO: CAROLINA GARCES AGUIRRE	FIRMA DEL TRABAJADOR
Carolina Garcés Aguirre T.P. 1.053.813.837 Psicóloga Universidad de Manizales	
REGISTRO DEL PROFESIONAL: 1053813837	C.C: 93362708

Escaneado con CamS

SCORE COVID-19				
N°	Criterios Sintomas ultimos 14 dias	N°	SI	NO
1.	Contacto estrecho con personas positiva para Covid-19 o Sospechosa de Covid-19.	1.		X
2.	Viajes al exterior en los ultimos 20 días	2.		X
3.	Vomito o Diarrea	3.		X
4.	Dolor de Garganta	4.		X
5.	Tos o secreción nasal	5.		X
6.	anosmia / hiposmia o hipogeusia/ageusia	6.		X
7.	Disnea O Dificultad para respirar.	7.		X
	Criterios Clínicos	-	**SI**	**NO**
8.	temperatura mayor a 38°C			X
9.	SatO2% <90%			X
10.	FC >100 lpm			X
11.	FR >30			X
12.	TA SYS < 90/ DIA< 60			X
13.	Glasglow < 14			X
14.	Dolor costal o pleuritico.			X
15.	Ruidos Sobreagreados en campos pulmonares (estertores, roncos, sibilancia)			X
TOTAL		TOTAL	0	15

INTERPRETACIÓN

Nexo Epidemiologico o más de 3 sintomas positivos ó mas de 2 criterio clinicos o puntaje afirmativo mayor o igual a 3 , se considera caso para estudio de COVID-19. Se direcciona caso como sospechoso a Secretaria de Salud de Ibagué.

Bibliografia: LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS DE COVID-19 POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.marzo 19 de 2020 //Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud DOI: http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851 // INS INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) códigos: 345, 348, 591,995 29 dic 2017.

*****Nota Aclaratoria: SCORE no validado por Min Salud, INS, o algún Referente cientifico, su uso es exclusivo de Medissat IPS como herramienta de sospecha ante posibles casos Covid-19 en consulta de medicina Laboral.*****

ASEGURO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS A PERSONAL MÉDICO DE MEDISSAT IPS SON VERIDICOS Y CONOZCO LAS CONSECUENCIAS LEGALES DE LA OMISIÓN DE LOS MISMOS.

Firma → Santiago L

Nombres y Apellidos → Fernando Vargas Dios

Cédula: → 93.362.703

Fecha: 23 | Septiembre | 2020

medissat

Gabriel A. Meneses Varón
MEDICO GENERAL
Y ESP. EN SST
TIC-SST 73483

FIRMA MÉDICO QUIEN REALIZO LA ENCUESTA.

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93362708 realizó el día 03/02/2021 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 FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93362708 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

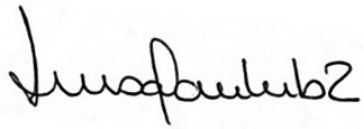
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.362.708, contratista de la empresa UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION DE RESTITUCION DE TIERRAS DESPOJADAS, con NIT No. 900498879, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/01/2021 y fecha fin de contrato 31/03/2021 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): 202101011430462.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 27 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FERNANDO AUGUSTO VARGAS RIOS identificado(a) con CC 93362708, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	80705690040	2006/06/20	ACTIVA

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

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

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**BOGOTA**	**11**	**11-44-101162503**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**01**	**2021**	**28**	**01**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	VARGAS RIOS, FERNANDO AUGUSTO	**CC: 93.362.708**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL.69 NO. 19-15 AP.404 BL.3 BOSQUE NATIV	IBAGUE, TOLIMA	3134308435

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL TOLIMA CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
VEREDA DINDALITO KM 5 VIA ESPINAL - IBAGUE	ESPINAL, TOLIMA	2709600

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.2185428 DE 2021, CUYO OBJETO: Prestar servicios profesionales para para articular el desarrollo y consolidacion de las acciones en I+D+i y proyectos estrategicos del Tecnoparque nodo La Granja del Ecosistema Sennova.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2021	30/04/2022	$5,005,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******25,066.00	$ *******8,000.00	$ *******6,282.00	$ **********39,348.00	$ ********5,005,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101162503

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

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

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

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.

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.

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