

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL QUINDÍO CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	63
	Código Centro	923110
	Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	89847-992463
	No. de documento	4656

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO	C.C.	1.115.192.458
Correo electrónico contratista:	gusgonzalez@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62810
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
		Es declarante de renta?	NO
		Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	NO	Inducción SST	SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	77241830180
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			
N° del contrato:	2192285/2021	N° Compromiso SIIF	7521
Valor Total del Contrato	\$ 18.023.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 18.023.000	Periodo objeto de pago	Del 01/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 16.281.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA - DOBLE TITULACIÓN_NIS_2021-02-019287		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.742.000	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	\$ 1.742.000	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.112.250	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 1.112.250,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 1.483.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL III	\$ 22.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		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 \$ 1.161.856	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 370.750		VALOR A PAGAR \$ 1.742.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Ejecución, seguimiento y evaluación de las Actividades de Enseñanza-Aprendizaje-Evaluación de las acciones de formación desarrolladas. Elaboración de instrumentos de evaluación y material de apoyo, teniendo en cuenta los estilos de aprendizaje. Asistencia a reunión el pasado 3 de febrero de 2021 programada por el profesional Julio Alcides Aguirre. Manejo de los correos institucionales en forma adecuada, uso correcto de los aplicativos SENA Sofia Plus, Compromiso y Contratistas. Realizar pago oportuno de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiente al mes de enero de 2021.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>CLARA MARIA GARCIA CRUZ COORDINADORA ACADÉMICA</p>

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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400
SUBTOTALES:										\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600
SUBTOTALES:									\$ 113.600				\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																	
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS				SALUD				ARP				IBC	CCF						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		EMPLOYADOR		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	ADMIN
1	CC 1115192458	GONZALEZ CAMELO GUSTAVO ALBERTO	INDEPEND		\$ 908.526			NO																		230301- PORVENIR	30	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 145.400	EPS016- COOMEVA S.A.	30	\$ 908.526	\$ 113.600	\$ 0	\$ 113.600			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 259.000
--------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1115192458
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAICEDONIA	DEPARTAMENTO: VALLE
DIRECCIÓN:	CR 14 # 7 -36	TELÉFONO: 2160508
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7778274141	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 890067984

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400
SUBTOTAL:			1	\$ 145.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 113.600
SUBTOTAL:			1	\$ 113.600
TOTAL PAGADO:				\$ 259.000



Hace constar:

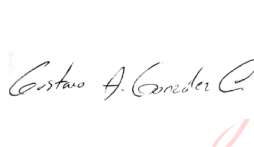
Que el Sr(a) GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115192458 realizó el día 11/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115192458 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.

 Firmado
digitalmente
por Gustavo

Firma

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

EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL

NOMBRE: GUSTAVO GONZALEZ CAMELO

FECHA: AGOSTO 11 DEL 2020

AREAS EVALUADAS	ASPECTOS EVALUADOS	E	B	R	M	OBSERVACIONES
AREA COGNITIVA	Capacidad para preverplanear (juicio)		X			Se anticipa a corto, mediano y largo plazo en la formulación de proyectos. Muestra poco dinamismo. Algunas situaciones pueden generarle sentimientos de detención o estancamiento.
	Percepción viso-motora	X				integración visomotora
ÁREA AFECTIVAEMOCIONAL	Control de emociones (impulsividad/agresividad)		X			Soluciona problemas aunque en ocasiones reprime los problemas para no afrontarlos
	Manejo del conflicto		X			Denota medianamente estrategias de afrontamiento del conflicto
	Relaciones interpersonales	X				Es sociable en la relación con los demás. Valora el contacto con otros
	Trabajo en equipo		X			Valora el trabajo en equipo y lo comparte con su grupo de referencia
ÁREA CONATIVA-MOTIVACIONAL	Responsabilidad	X				
	Respeto por reglas (puntualidad, seguimiento de instrucciones, honradez)	X				Se ajusta a las normas sociales
APTO: Cumple con todos los criterios		X	OBSERVACIONES: Se halla en adecuadas condiciones de salud mental, posee funciones mentales superiores de juicio conservadas. Con habilidad media para solucionar conflictos. No presenta trastornos de las relaciones sociales interpersonales ni de personalidad.			
APTO CON LIMITACIONES: propenso al peligro, deficiencia en más de un área evaluada. Representa Riesgo moderado.						
NO APTO: riesgo alto, deficiencia en diversas áreas. Alto riesgo.						

NORMAL

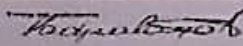


FIRMA PSICOLOGO (A)

DE LICENCIA: __1173 DEL 2013__

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE		SENA PARTICULAR		ARMENIA		12/08/2020	
Nombre del aspirante o trabajador		GONZALEZ CAMELO GUSTAVO ALBERTO					
Documento de Identificación US		Edad		Cargo			
C.C. 1.115.192.458		24		CONTRATISTA			
Ingreso ☒		Periodico ☐		Egreso ☐			
CONCEPTO							
Sin restricciones para el cargo		☒		Sin restricción para altura:		☐	
Con restricción para el cargo		☐		Con restricción para altura		☐	
		☐		ALTURAS		☐	
DESCRIPCIÓN RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)							
VISIOMETRIA		NORMAL					
PSICOLOGO		NORMAL					
AUDIOMETRIA		NORMAL					
ESPIROMETRIA							
LABORATORIO		NORMAL					
CARTA DENTAL							
DIAGNOSTICO		NO					
RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)							
RECOMENDACIONES GENERALES SEGÚN PROFESIOGRAMA							
USO DE EPP SEGÚN EL CARGO- PAUSAS ACTIVAS- BUENA POSTURA							
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS SEGÚN PROFESIOGRAMA							
BAJAR PESO							
REMISION A EPS SI X NO				REMISION A ARL SI NO X			
SE ENTREGA CONCEPTO SI X NO							
Médico							
Firma: 				GONZALEZ CAMELO GUSTAVO ALBERTO			
Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL							
Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R							

12.08.2020 VB fado PVE (-)

[illegible]

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

08 2020

Armenia

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una (X))

Pre - ingreso ☒Egreso ☐Periódico ☐Seguimiento ☐

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

Sena.

Armenia

Razón social Centro de Trabajo - Sede

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

Gonzalez

Condo

Guillermo

Documento de identificación CC 11159245

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo

Número

Género (Marque con una (X))

Femenino ☐Masculino ☒

Fecha de Nacimiento

11

02

96

Edad (Años)

24

EPS (A la que se encuentra afiliado)

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

Fecha ingreso a la empresa

08 2020

Cargo

Controlista

Sección

Antigüedad en el cargo actual

(No aplica para ingreso)

Años

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

¿Ha tenido Cirugías ó Traumas Oculares?

SI ☐NO ☒

¿Cuál/es?

¿Presenta actualmente molestias en los ojos?

SI ☐NO ☒

¿Esta expuesto a Riesgos Ocupacionales Oculares en el cargo actual?

SI ☐NO ☒

¿Usa en el cargo actual Elementos de Protección Ocular?

SI ☐NO ☒

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

Problemas de Refracción

SI ☐NO ☒

¿Cuál?

Tiempo de Evolución

Años

Corregido

SI ☐NO ☒

Tipo de Corrección:

Lentes de Contacto ☐Gafas ☐Ambos ☐

Frecuencia de uso

Tiempo transcurrido desde el último Examen Visual

Meses

Tiempo transcurrido desde el último Cambio de Fórmula

Meses

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

VISIÓN LEJANA

SI ☐NO ☐

Uso de corrección durante examen

Prueba

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Ambos Ojos

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Ojo Derecho

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Ojo Izquierdo

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Snellen

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

20

Visión de

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Profundidad

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Percepción de

A

B

C

D

E

F

Colores

12

5

20

6

15

D

Fonía Vertical

1

2

3

4

5

6

7

Fonía Lateral

1

2

3

4

5

6

7

VISIÓN CERCANA

SI ☐NO ☒

Uso de corrección durante examen

Prueba

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Ambos Ojos

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Ojo Derecho

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Ojo Izquierdo

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

↗

↘

↖

↙

Fonía Lateral

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

20/22

015

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

Evaluada

SI ☐NO ☐

Grados

85°

70°

55°

Nasal

Derecho

Izquierdo

INTERPRETACIÓN (Marque con una (X) según corresponda)

Interpretación

Lejos

Cerca

Derecho

Izquierdo

Derecho

Izquierdo

Agudeza Visual Normal

Patología de Refracción

• Adecuadamente Corregida

• Inadecuadamente Corregida

• No Corregida

Interpretación

Normal

Anormal

Visión de Profundidad

Percepción de Colores

Fonías

Visión Periférica

CONCEPTO (Solo aplica para Refracción)

Cumple actualmente requerimiento ocupacional

SI ☒NO ☐

RECOMENDACIONES

Debe usar

corrección

para laborar

SI ☐NO ☒

Valoración por

Optometría

SI ☐NO ☒

Valoración por

Oftalmología

SI ☐NO ☒

Se recomienda

Control de

Visimetría

En

Meses

OBSERVACIONES

EVALUADO POR:

Firma:

Nombre:

Registro:

INTERPRETADO POR:

Firma:

Nombre:

Registro:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma:

Nombre:

Doc. Identificación:

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

AUDIOMETRIA

12	8	2020	ARMENIA	Ingreso ☒	Egreso ☐	Periódico ☐
----	---	------	---------	---	---------------------------------	------------------------------------

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA

ARMENIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

GONZALEZ

CAMELO

GUSTAVO

Documento de identificación

1115192458

Género (Marque con una (X))

Femenino ☒ Masculino ☐

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORESSI

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

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)

SENA

EXPOSICION A RUIDO

Tejo NO

Discoteca NO

Ruido

Servicio Militar NO

Polígono NO

Wallman NO

ANTECEDENTES MEDICOS AUDITIVOS

Otitis NIEGA

Perforación NIEGA

Hipoacusia NIEGA

Otros NIEGA

Examen externo:

OD NORMAL

OI NORMAL

VIA LAT 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

AEREA OD 10 10 10 5 5 10 5 15

OI 10 5 10 5 10 10 10 15

OSEA OD

OI

Diagnosticos OD OI

Normal

Hipoacusia GI

Hipoacusia GII

Hipoacusia GIII

Hipoacusia Mbita

Hipoacusia conductiva

DX NORMAL

FIRMA DEL TRABAJADOR:

NOMBRE

FIRMA:

REGISTRO:



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

Muestra: 5

Página: 1

Paciente: GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO

Recepción: 21717

Sala: N/A

Edad: 24 A Sexo: M Identificación: 1115192458

Fecha rcp: 12/08/2020 09:03:21 a.m.

Teléfonos: 3226560144

Médico : No Asignado

Empresa: DRA LUZ ANDREA ROMERO - Sena

	Resultado	Valores de referencia
1 Colesterol total sérico	184 mg/dL	0 a 200 mg/dL
2 Glucosa sanguínea	83 mg/dL	70 a 110 mg/dL
3 Trigliceridos sérico	111 mg/dL	0 a 150 mg/dL
Aspecto del Suero	Claro	


LABORATORIO CLINICO
"DIME"
CARMENZA GOMEZ VARGAS
NIT 41.908.269-1
BACTERIOLOGA



**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 GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.115.192.458, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 30/11/2021 con riesgo 3.

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): 202101012288836.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 20 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GUSTAVO ALBERTO GONZALEZ CAMELO identificado(a) con CC 1115192458, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77241830180	2015/05/06	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

Ciudad de Expedición:						Sucursal:				Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
ARMENIA						ARMENIA				60		60-46-101000890		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		
29	01	2021	01	02	2021	00:00		07	04	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: GONZALEZ CAMELO GUSTAVO ALBERTO								Identificación: 1115192458			
Dirección: CARRERA 14 7-36					Ciudad: CAICEDONIA - VALLE					Teléfono: 3226560144	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: AVENIDA CENTENARIO 47N-15					Ciudad: ARMENIA - QUINDIO					Teléfono: 7494999	

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. CO1.PCCTR.2192285 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA - DOBLE TITULACIÓN, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA SENA REGIONAL QUINDIO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		01/02/2021	07/04/2022	\$ 1,802,300.00
OBSERVACIONES:				
ENTIDAD CONTRATANTE SENA REGIONAL QUINDIO Grupo de Apoyo Administrativo Mixto				

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 1,802,300.00	29/01/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
PATRIMONIO SEGURO AGEN	184497	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. 14 NO. 14 N - 30 PISO 1 - Teléfono: 7358800 - ARMENIA





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - 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: 2186977

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

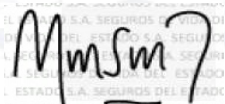
NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

Hacemos constar, que la póliza No. 60-46-101000890, 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 ARMENIA, a los 29 días del mes de Enero de 2021



MANUEL S. SARMIENTO
V. P. PRESIDENTE DEL ESTADO 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.segurosdeleestado.com

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.60-46-101000890**

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 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 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 CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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



7709998021167002712903

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000027129035

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
30/01/2021 01:00p.m.				
RECIBIMOS DE:	Gustavo Alberto González Camelo		CC. 1.115.192.458	
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .*****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027129035			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
ARMENIA-46-101000890-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 33,320.00			EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS: \$33,320.00	
TRANSACCION: 0002712903			TOTAL: \$33,320.00 CAJERO: PAGUESTADO	

