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 MAGDALENA**
**CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A**
**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** | **47** |
| **Código Centro** | **952910** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **55096-588195** |
| **No. de documento** | **13247** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JASON ALBOR CERA | **C.C.** | 8.796.508 | **IP/Nº de contacto** | 3008004057 |
| **Correo electrónico contratista:** | jalborc@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 570026870093742 | |
| **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:** | 2202518/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **9721** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 41.340.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 41.340.000 | **1** | **Del** | **01/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 37.440.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la formación profesional programada por el Centro de Logística y Promoción Ecoturística Regional Magdalena en los Programas de Formación Titulada, Titulada Virtual, Complementaria y/o Complementaria Virtual, en la especialidad de INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - IDIOMAS.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | 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** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.591.550** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9415954809** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.200 | $ 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 | $ 863.850 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.591.550,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| 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 | 24.188,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Hospital | 78.000,00 | 2,000% |
| 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** | **$ 3.797.812,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación en las fichas: 2202392 – 2202411 Restaurante y Bar. 2203752 Nómina y Prestaciones Sociales
Competencia: Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita dentro de contextos sociales y laborales según los criterios establecidos por el marco común europeo de referencia para las lenguas.
Resultado de aprendizaje: 1 Comprender información básica oral y escrita en inglés acerca de sí mismo, de las personas y de su contexto inmediato en realidades presentes e historias de vida.
2 Describir a nivel básico, de forma oral y escrita en inglés personas, situaciones y lugares de acuerdo con sus costumbres y de vida.
3 Participar en intercambios conversacionales básicos en forma oral y escrita en inglés en diferentes situaciones sociales tanto en la cotidianidad como en experiencias pasadas.

**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.

**JASON ALBOR CERA**
**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,

**WILLIAM DE JESUS SALCEDO CUAO**
**INSTRUCTOR G16**

**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**

**EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **JASON ALBOR CERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **8796508** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 8796508 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | JASON ALBOR CERA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/04/2019 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 94 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 51 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **16/02/2021**

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

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 8796508 | | ALBOR CERA JASON | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 12 no. 19-25 | GALAPA-ATLANTICO | 3086555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-01 | 2021-01 | 883226163 | 9415954809 | I | 2021/02/03 | 2021/02/04 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $263,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: GALAPA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 8796508 | ALBOR JASON | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS010 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $908,526 | $4,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 8796508 | | ALBOR CERA JASON | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 12 no. 19-25 | GALAPA-ATLANTICO | 3086555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-01 | 2021-01 | 883226163 | 9415954809 | I | 2021/02/03 | 2021/02/04 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $263,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $263,800 | $0 | $0 | $263,800 |

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JASON ALBOR CERA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.796.508**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14571654888

(415)7707212489984(8020) 000001457165488 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 7 9 6 5 0 8 | 4 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## 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 | 8 7 9 6 5 0 8 | 1 9 9 6 0 6 0 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Galapa 2 9 6 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALBOR | CERA | JASON | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Galapa 2 9 6 |

41. Dirección principal: CL 12 19 25

42. Correo electrónico: jasonalbor@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 7 4 9 0 | 2 0 0 5 1 2 0 9 | 4 7 9 9 | 2 0 1 6 0 6 2 9 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 9 1 4 1 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código

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 - 02

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

# HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO No. 8796508

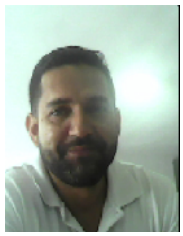
Fecha: 2020-01-28

## COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | Particular | Actividad económica: | Servicios |
| Nombre: | JASON ALBOR CERA | Documento: | CC 8796508 |
| Fecha de nacimiento: | 1978-02-07 | Lugar de nacimiento: | Barranquilla (Atlantico) |
| Edad: | 42 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | CALLE 12 NO 19-25 | Municipio: | GALAPA |
| Teléfono: | 3008004057 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | DOCENTE | EPS: | Sura |
| AFP: | Porvenir | ARL: | NO SABE |
| Responsable**: | JUANA CERA (MADRE) | Teléfono: | 3086555 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

**INFORMACIÓN OCUPACIONAL DEL PUESTO DE TRABAJO** (Perfil del cargo)

DOCENTE. Refiere el evaluado. Docente en el SENA.

## 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES (P=Positivo, N=Negativo)

| | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Congénitos | N | N | 6. Respiratorios | N | N | 11. Dermatológicos | N | N | 16. Vascular periférico | N | N |
| 2. Quirurgicos | N | N | 7. Asma | N | N | 12. Reumatológicos | N | N | 17. Cáncer | N | N |
| 3. Traumáticos | N | N | 8. Rinitis | P | N | 13. Metabólicos | N | N | 18. Mentales | N | N |
| 4. Osteomusculares | N | N | 9. Auditivos | N | N | 14. Cardiovasculares | N | N | 19. Epilepsia | N | N |
| 5. Tóxicos o alergicos | P | N | 10. Tuberculosis | N | N | 15. Hipertensión | N | P | 20. Otros | N | N |

Observaciones: 5. Toxico/Alergicos (per): Alergia a picadura de insectos.
8. Rinitis (per): Alergia al polvo.

15. HTA (fam): madre,

Tratamiento actual: No refiere tratamiento actual para ninguna patología.

## 3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa(Emp)-Actividad Económica(AE)-Oficio(Of)-Tiempo exposición(TE)-Factores Riesgo(FR)-Elementos Protección Personal(EPP)

1. Emp:COLEGIO LA MEDALLA MILAGROSA - Of:Docente - TE:72 Meses - FR:Ergonómicos, FR:Físicos, FR:Mecánicos, - - EPP: Ninguno,
2. Emp:COLEGIO CAMILO TORRES - Of:Docente - TE:30 Meses - FR:Ergonómicos, FR:Físicos, FR:Mecánicos, - - EPP: Ninguno,

## 4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo de ocurrencia (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

## 5. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (Saludables y de riesgo para la salud)

| HABITO | TIPO | FRECUENCIA |
|---|---|---|
| Deportes | Otros | Ocasional |
| Tabaquismo: | | No Fuma |
| Licor: | Cerveza | Ocasional |

## 6. INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## 7. REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad actualmente.

## 8. EXAMEN FISICO - ORGANOS DE LOS SENTIDOS (N=Normal, A=Anormal)

| OJOS | | OIDOS | | NARIZ | | ORO FARINGE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Párpados-Conjuntiva | N | 5. Pabellón | N | 9. Huesos Nasales | N | 13. Labios-Lengua | N |
| 2. Cornea-Pupilas | N | 6. Conductos | N | 10. Vestíbulo | N | 14. Amígdalas-Faringe | N |
| 3. Esclerótica-Músculos | N | 7. Tímpanos | N | 11. Tabique | N | 15. Dentadura-Encías | N |
| 4. Fondo de ojo | N | 8. Lóbulos | N | 12. Cornetes | N | 16. Paladar-Úvula | N |

Ampliación de hallazgos: El examen de los organos de los sentidos es normal.

## 9. EXAMEN FISICO - INDICADORES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apariencia | Sano | Peso (Kilos) | 80 | Talla cms. | 181 | Índice Masa Corporal | 24.4 |
| Presión arterial | 130/80 | Pulso (Min) | 72 | Respiración | 16/min | Dominancia | Diestro |
| Perímetro carpo | 16 | Complexión | Pequeña | | | Perímetro cintura | 91 |

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

Indice distribución de grasa regional: Infinity

## 10. EXAMEN FISICO GENERAL (N=Normal, A=Anormal, NE=NoEvaluado)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cabeza | N | 7. Cardiaco | N | 13. Piel-Faneras | N | 19. Reflejos tendinosos | N |
| 2. Cuello | N | 8. Circulatorio | N | 14. Miembros superiores | N | 20. Motilidad | N |
| 3. Tiroides | N | 9. Pulmonar | N | 15. Miembros inferiores | N | 21. Sensibilidad | N |
| 4. Tórax | N | 10. Abdomen | A | 16. Neurológico | N | 22. Tono muscular | N |
| 5. Mamas | NE | 11. Genitales externos | N | 17. Estado mental | N | 23. Fuerza muscular | N |
| 6. Espalda | N | 12. Vascular periférico | N | 18. Pares craneales | N | 24. Marcha | N |

Ampliación de hallazgos:
Persona con facies normal, consciente, cooperadora, orientada en sus tres esferas, su estado mental es aparentemente normal, posición adquirida a voluntad. La edad aparente concuerda con la edad real.
Abdomen: Dilatación del anillo umbilical menor de 1 cm de diámetro, con protrusión a la maniobra de valsalva compatible con hernia umbilical, no doloroso a la palpación.

## 11. EVALUACION OSTEOMUSCULAR DE EXTREMIDADES (N=Normal, A=Anormal)

| | Izq. | Der. | | Izq. | Der. | | Izq. | Der. | | Izq. | Der. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hombros | N | N | 4. Antebrazos | N | N | 7. Caderas | N | N | 10. Piernas | N | N |
| 2. Brazos | N | N | 5. Muñecas | N | N | 8. Muslos | N | N | 11. Tobillos | N | N |
| 3. Codos | N | N | 6. Manos | N | N | 9. Rodillas | N | N | 12. Pies | N | N |

Ampliación de hallazgos: No se evidencian alteraciones osteomusculares ni limitaciones funcionales.

## 12. EVALUACION DE COLUMNA VERTEBRAL (Cervical-Dorsal-Lumbar-Sacra)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Inspección | N | 5. Inclinaciones | N | 9. Flexo extensión | N | 13. Prueba de Schober | N |
| 2. Palpación | N | 6. Rotaciones | N | 10. Alineación escapular | N | 14. Test de Wells | N |
| 3. Sensibilidad | N | 7. Marcha puntas | N | 11. Alineación pélvica | N | 15. Prueba de Laségue | N |
| 4. Motricidad | N | 8. Marcha talones | N | 12. Medición extremidades | N | 16. Signo del timbre | N |

Ampliación de hallazgos: Al examen físico de la columna vertebral no se evidencia ningún tipo de patología ni limitación funcional.

## 13. EXÁMENES DE LABORATORIO

| FECHA | EXAMEN | RESULTADO |
|---|---|---|

## 14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Optometría: No requiere corrección.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

## 15. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DIAGNÓSTICOS

CIE10|K429:Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena
Analisis tecnico medico:
Dilatación del anillo umbilical menor de 1 cm de diámetro, con protrusión a la maniobra de valsalva compatible con hernia umbilical
Analisis tecnico medico:
Teniendo en cuenta funciones del cargo no se genera restricción, sin embargo es necesario expedir recomendaciones.
CIE10|R030:Lectura elevada de la presion sanguinea, sin diagnostico de hipertension
Analisis tecnico medico:
tensión arterial 130/80 mmhg

## 16. CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a JASON ALBOR CERA con documento de identificación No. 8796508 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de DOCENTE en una empresa del sector económico Servicios

## 18. RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

- Seguimiento de cifras tensionales por medicina familiar en su centro de atención.
- Valoración no prioritaria por cirugía general en su centro de atención por hallazgo en pared abdominal.

## 19. CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## 20. OBSERVACIONES FINALES

Exámenes realizados:
- EMO de Ingreso Osteomuscular: sin alteraciones evidenciadas durante el examen físico.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Julieth Fuenmayor Altahona
Medico
Universidad Libre
Especialista en SST
Universidad Del Norte
Res No. 6833/2018

Indice der

JASON ALBOR CERA
Documento: 8796508

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700**
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por: jean.robles
Fecha: 2020-01-30 Hora: 08:16

# EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 8796508


## COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.


## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | Particular | Fecha: | 2020-01-28 |
| Nombre: | JASON ALBOR CERA | Documento: | 8796508 |
| Edad: | 42 años | Género: | Masculino |
| Ocupación: | DOCENTE | Teléfono: | 3008004057 |
| Nivel de ruido en el puesto de trabajo: | Desconocido | | |

## 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acufenos | N | Diabetes | N | Otitis media | N | Hipertensión arterial | N |
| Adenoidectomía | N | Epilepsia | N | Otorrea | N | Reumatológicos | N |
| Alergias | N | Labio y paladar hendido | N | Ototóxicos | N | Sordera familiar | N |
| Amigadalitis | N | Mareos | N | Patología infecciosa | N | Tabaquismo | N |
| Amigdalectomía | N | Meningitis | N | Patología viral | N | Vertigos | N |
| Cirugías de oido | N | Otalgia | N | Trauma craneo encefálico | N | Otros | N |

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

## 3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

No refiere antecedentes de exposición no ocupacional a ruido.

## 4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

No refiere antecedentes de importancia de exposición ocupacional a ruido

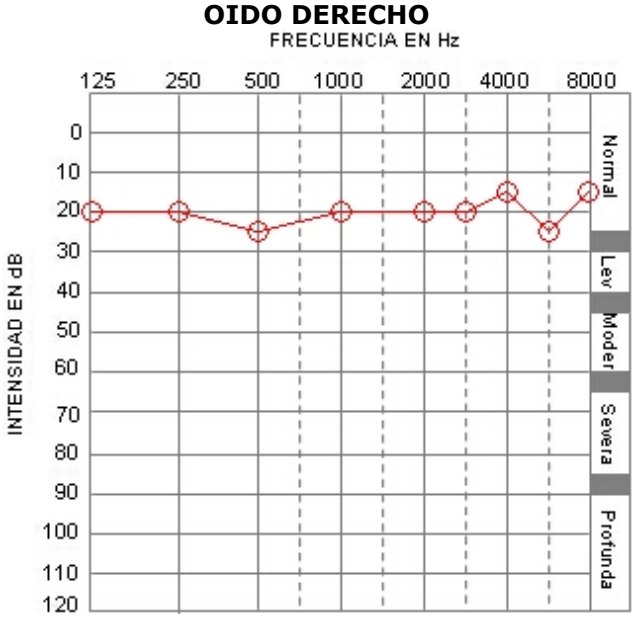
## 5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pabellón | N | Conductos | N | Tímpanos | N | Lóbulos | N |

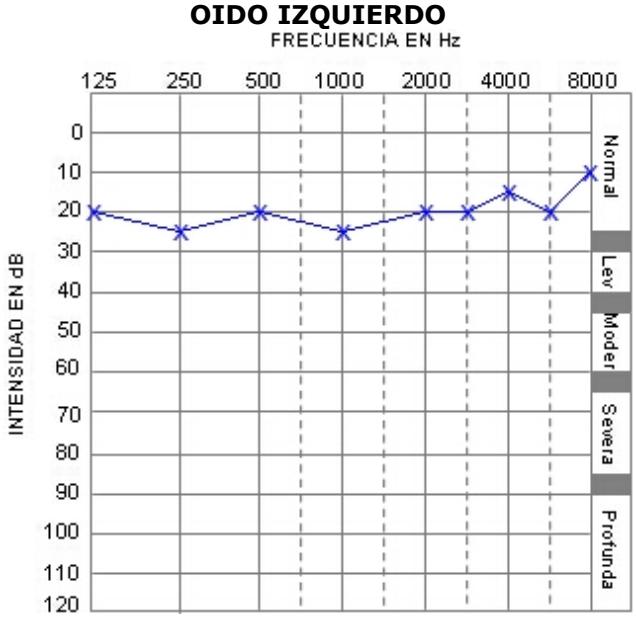
Ampliación de hallazgos: El examen de los oidos es normal y no se evidencian patologÃas.

## 6. AUDIOMETRIA TONAL

### OIDO DERECHO




### OIDO IZQUIERDO




| | PROMEDIO (Frec. 500-1000-2000) | CLASIFICACION ELI | INTERPRETACION |
|---|---|---|---|
| Oído derecho: | 22 | A | Normal excelente |
| Oído izquierdo: | 22 | A | Normal excelente |

| | | |
|---|---|---|
| CLASIFICACION S.A.L.: | B | Casi normal |
| PRESBIACUSIA: | 13 dB | |

## 7. CONCEPTO AUDIOLOGICO

Audición normal bilateral.

## 8. RECOMENDACIONES

CONTROL SEGUN PVE.

Karina Esther Marimon Ortega
Fonoaudiologa
Universidad Metropolitana
Especialista en SST
Universidad Libre
Tp No. 14-03119
Res No. 2041-2018

JASON ALBOR CERA
Documento: 8796508

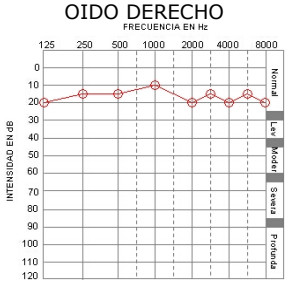
Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

**ANEXO: RESULTADOS DE AUDIOMETRIAS ANTERIORES Vs ULTIMA AUDIOMETRIA**

A continuación se presentan los audiogramas de evaluaciones anteriores que reposan en nuestro sistema para este usuario, con las fechas de realización y dos tablas con los resultados obtenidos en cada una de las frecuencias de prueba, así como el cambio en decibeles con la audiometría actual. Esto de acuerdo a lo establecido en el GATISO del Ministerio de la Protección Social, permite hacer el seguimiento de la variabilidad en cada una de las frecuencias.

OIDO DERECHO

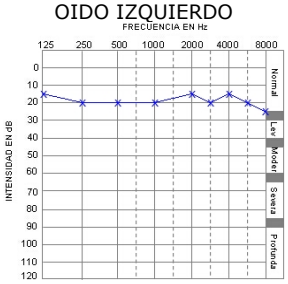



| Audiometría realizada en **2019-01-09** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frec. | 250 | 500 | 1K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
| VA | 15 | 15 | 10 | 20 | 15 | 20 | 15 | 20 |
| VO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

Variación en dB con audiometría actual

| Frec. | 250 | 500 | 1K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VA | -5 | -10 | -10 | 0 | -5 | 5 | -10 | 5 |
| VO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

OIDO IZQUIERDO




| Audiometría realizada en **2019-01-09** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frec. | 250 | 500 | 1K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
| VA | 20 | 20 | 20 | 15 | 20 | 15 | 20 | 25 |
| VO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

Variación en dB con audiometría actual

| Frec. | 250 | 500 | 1K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VA | -5 | 0 | -5 | -5 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| VO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

**Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700**
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Impreso por: jean.robles
Fecha: 2020-01-30 Hora: 08:17

## Hace constar:

Que el Sr(a) JASON ALBOR CERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8796508 realizó el día 16/02/2021 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 JASON ALBOR CERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8796508 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:

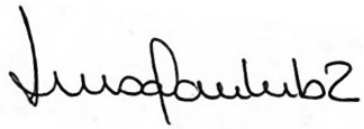
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JASON ALBOR CERA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.796.508, contratista de la empresa INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013), con NIT No. 899999995, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/01/2021 y fecha fin de contrato 31/07/2021 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): 202101012372788.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,** **26/01/2021**
**ATLANTICO,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JASON ALBOR CERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **8796508**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570026870093742** |
| Fecha de apertura | **11/02/2009** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

| Ciudad de Expedición: | Sucursal: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CALLE 100 | 33 | 33-46-101029378 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 01 | 02 | 2021 | 01 | 02 | 2021 | 00:00 | 05 | 05 | 2022 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| ALBOR CERA JASON | | 8796508 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| CALL 12 N 19-25 | SANTA MARTA - MAGDALENA | 3008004057 | |

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| Nombre o Razón Social: | | Identificación: | |
|---|---|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA MAGDALENA | | 899999034-1 | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Teléfono:** | |
| AV. FERROCARRIL NO. 27 - 97 | SANTA MARTA - MAGDALENA | 4212064 | |

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2202518 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA REGIONAL MAGDALENA EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA, TITULADA VIRTUAL, COMPLEMENTARIA Y/O COMPLEMENTARIA VIRTUAL, EN LA ESPECIALIDAD DE INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - IDIOMAS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01/02/2021 | 05/05/2022 | $ 4,134,000.00 |

OBSERVACIONES:

| 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 | $ 4,134,000.00 | 01/02/2021 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía: | % Participación: | Valor Asegurado: |
| ALVAREZ ALVAREZ CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS | 964960 | 100,00 | | | |

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - Teléfono: 6108441 - BOGOTA, D.C.

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 33-46-101029378, 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 BOGOTA, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
# SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.33-46-101029378

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.

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027151 76

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000027151760

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 01/02/2021 01:00p.m. |

**RECIBIMOS DE:** jason albor — CC. 8.796.508

**LA SUMA DE:** Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 10000027151760

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 100-46-101029378-0-1 | $28,000.00 | | $5,320.00 | $33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 33,320.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 33,320.00
**OTROS:** $33,320.00

**TRANSACCION:** 0002715176

**TOTAL:** $33,320.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/1/2021 1:00:56PM

172.16.10.23