

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL MAGDALENA</p> <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A</p> <p>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	47
	Código Centro	952910
	Fecha Elaboración	Febrero de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	95910-031399
	No. de documento	17137

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA	C.C.	1.082.891.716	
Correo electrónico contratista:	aamartinez617@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3002636232	
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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	
	N° Cuenta	51666857384		
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:	2193245/2021	N° Compromiso SIIF	5221
Valor Total del Contrato	\$ 41.340.000	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 41.340.000	Periodo objeto de pago	Del 01/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 37.440.000	Comisiones	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 3.900.000,00		

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción 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 Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	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					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Febrero	Enero	Valor Base retención en la fuente	2.591.550,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 8.200	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	24.188,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Pro-Hospital	78.000,00	2,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ 863.850		VALOR A PAGAR	\$ 3.797.812,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Impartir formación en las fichas de titulada presencial mediante formación virtual debido a la contingencia: FICHA No: 2055871-GESTION CONTABLE Y FINANCIERA COMPETENCIA: PRODUCIR TEXTOS EN INGLÉS EN FORMA ESCRITA Y ORAL. FICHA No: 2142259-GESTION EN TALENTO HUMANO. FICHA No: 1996079 - GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. COMPETENCIA: COMPRENDER TEXTOS EN INGLES DE FORMA ESCRITA Y AUDITIVA. Evaluación de los aprendices en el aplicativo Sofia Plus</p> <p>Utilizar las herramientas y plataformas tecnológicas como lo son Sofia plus, Territorium, correos, Microsoft teams, por medida de - emergencia sanitaria declarada por el gobierno nacional por el Covid-19.</p> <p>Desarrollo de las diferentes actividades con los aprendices y actualizando la información del portafolio día a día</p> <p>Presentación de informe de estado de los grupos al coordinador académico y lideres de ficha.</p> <p>Elaboración y presentación del informe mensual de ejecución contractual.</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>ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA 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>WILLIAM DE JESUS SALCEDO CUAO INSTRUCTOR G16</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

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE**CC 1082891716 MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO**Estado Cotizante: **ACTIVO**

Causal:

Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: **164**Fecha Afiliación: **01/09/2015**

Fecha Último Periodo Cotizado:

Fecha Cancelación:

La presente certificación se expide el día 26 de Enero de 2021 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:**NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS**

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.**

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **1.082.891.716** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de mayo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de enero de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202101260857

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



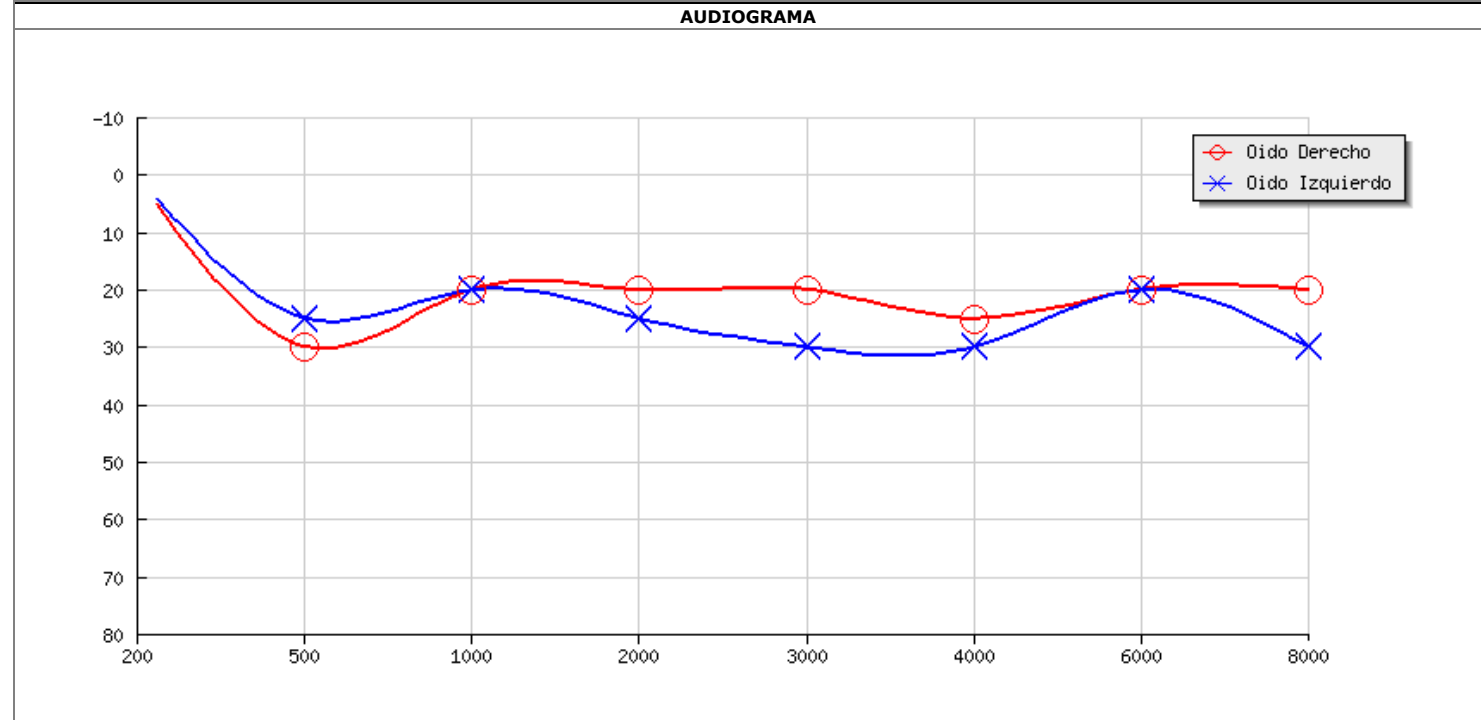
DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1082891716		NÚMERO PLANILLA:		4376764514		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SANTA MARTA		DEPARTAMENTO:		ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		enero AÑO		2021					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 10 18 25		TELÉFONO:		MAGDALENA		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993945524					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	EMPLEADOR			COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
230201	230201- PROTECCION		1	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400		
SUBTOTALES:										\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400		

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: ALFEDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA		IDENTIFICACION: CC 1082891716		HC: 1082891716 - CC	
FECHA DE NACIMIENTO: 4/2/1989		EDAD: 31 Años		SEXO: M	TIPO AFILIADO: Cotizante
RESIDENCIA: CRA 10 NO 18-25 TERRITORIAL		MAGDALENA-SANTA MARTA			TELEFONO: 3002636232
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:			TELEFONO:
FECHA INGRESO: 18/12/2020 - 07:40:57		FECHA EGRESO: 22/12/2020 - 11:21:56			CAMA:
DEPARTAMENTO: 030201 - SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA		SERVICIO: AMBULATORIO			
CLIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		PLAN: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA			
SISTEMA OSTEOMUSCULAR		NORMAL		NIEGA SINTOMAS GRIPALES Y OSTEOMUSCULARES.-.	
SISTEMA RESPIRATORIO		NORMAL			
OBSERVACIONES		NORMAL			

HISTORIAL FONOAUDIOLOGIA							
TIPO DE ATENCION:		SALUD OCUPACIONAL					
FRECUENCIA	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OIDO DERECHO	30	20	20	20	25	20	20
OIDO IZQUIERDO	25	20	25	30	30	20	30
CUADRO CLASIFICACION							
				OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
PTA: 500Hz 1000Hz 2000Hz 3000Hz				23		25	
UMBRAL: 4000Hz				25		30	
ELI				Normal		Normal	
SAL				Limites Normales			
FRECUENCIAS CONVERSACIONALES				24% Normal			
NIOSH-1998							
NORMAL				X			
HIPOACUSIA LEVE						X	
HIPOACUSIA MODERADA							
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA							
HIPOACUSIA SEVERA							
HIPOACUSIA PROFUNDA							
ANSI-96(PTA)							
NORMAL							
HIPOACUSIA MINIMA							
HIPOACUSIA LEVE				X		X	
HIPOACUSIA MODERADA							
HIPOACUSIA MODERADA A SEVERA							
HIPOACUSIA SEVERA							
HIPOACUSIA PROFUNDA							
OBSERVACIONES							
audicion normal bilateral							



NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:373385

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO []	2. PERIODICO [X]	3. RETIRO []	4. CONTROL []	5. POST INCAPACIDAD []
6. REUBICACION []	7. CASO OCUPACIONAL []	8. TRAB. EN ALTURAS []	9. ESPACIOS CONFINADOS []	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS []

DATOS DEL PACIENTE		
FECHA: 18/12/2020	EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA STA	
NOMBRE: ALFEDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA	DOC. IDENTIDAD: CC 1082891716	
CARGO: INSTRUCTOR	EDAD: 31 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS				
1) LIPEMIA	2) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	3) VISIOMETRIA	4) AUDIOMETRIA	5) CONSULTA ESPECIALIZADA POR FONOAUDOLOGIA CON APLICACION DEL PERFIL VOCAL
DIFERENTE A ORINA	8) HEMOGRAMA IV	6) CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	7) GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO	

EXAMEN PERIODICO		
CONCEPTO	SI	NO
1. APTO CON RECOMENDACIONES	[]	[X]
CONCEPTOS GENERALES		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						
1. VISUAL []	2. AUDITIVO []	3. RESPIRATORIO []	4. CARDIOVASCULAR []	5. PSICOSOCIAL []	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS []

REMISIONES SI [] NO [X]	ARL SI [] NO [X]	EPS SI [] NO [X]
----------------------------	---------------------	---------------------

NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD PREEXISTENTE QUE PUEDA AGRAVAR POR UNA INFECCION POR COVID-19 A LA FECHA. SEGÚN CIRCULAR EXTERNA 30 DEL 8 DE MAYO DEL 2020 DEL MINISTERIO DE TRABAJO.

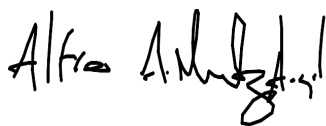
SE SUGIERE SEGUIR LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL Y AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO Y SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACION DEL COVID 19 TALES CON EL USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS COMPLETA Y CONSTANTE, VESTIMENTA ADECUADA ENTRE OTRAS MEDIDAS.

EMO OSTEOMUSCULAR PERIODICO SIN ALTERACIONES.

EXAMEN FONIATRICO CONCLUSION:NO PRESENTA ALTERACIONES DE SU VOZ SEGUN LO DESCRITO POR FONOAUDOLOGIA.


MEDICO ESPECIALISTA OCUPACIONAL
TP. 4716-03
UNIBRE

ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16



ALFEDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA
CC 1082891716
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA

CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

Email: saludocupacional@olimpuslab.com

Fecha de Impresión: 22/12/2020 - 14:59

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS Ltda.

Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Calicenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

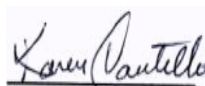
Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono: 365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalsuuarioips.sol@olimpuslab.com

Nombre **MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO**
Identificacion CC 1082891716 Sexo M
Edad 31 Años 10 Meses 14 Dias Tel. 3002636232
Medico MEDICOS VARIOS
Servicio CONSULTA EXTERNA

Fecha de recepcion: 18-dic.-2020 7:40 am **12183611**
Fecha de impresion:
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJA
Sede BOLSA SANTA MARTA Preliminar

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO	93	mg/dL	74 a 106
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	0.98		0.90 a 1.30
LIPEMIA			
COLESTEROL TOTAL Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO	184	mg/dL	
ACEPTABLE: HASTA 200 mg/dL, MODERADO : 200 - 239 mg/dL, ELEVADO. MAYOR O IGUAL A 240mg/dL			
TRIGLICERIDOS Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO	138	mg/dL	
VALOR REFERENCIA: HASTA 150 mg/dl			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD Metodo: COLORIMETRICO ENZIMATICO	70.00	mq/dL	
HOMBRES: SIN RIESGO MAYOR DE 55mg/dL RIESGO MODERADO: 35 - 55 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 35 mg/dL MUJERES: SIN RIESGO MAYOR DE 65mg/dL RIESGO MODERADO: 45 - 65 mg/dL ALTO RIESGO: MENOR DE 45 mg/dL			
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	86.40	mq/dL	0 a 130
VLDL COLESTEROL	27.60	mq/dL	0 a 30


DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS Ltda.

Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Callcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono: 365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips_sol@olimpuslab.com
atencionalsuavariops_sol@olimpuslab.com

Nombre **MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO**
Identificacion CC 1082891716 Sexo M
Edad 31 Años 10 Meses 14 Dias Tel. 3002636232
Medico MEDICOS VARIOS
Servicio CONSULTA EXTERNA

Fecha de recepcion: 18-dic.-2020 7:40 am

12183611

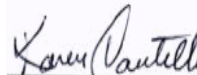
Fecha de impresion:

Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Preliminar

Sede BOLSA SANTA MARTA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFO			
LEUCOCITOS (WBC)	8.19	$\times 10^3/uL$	5 a 10
% LINFOCITOS	28.84	%	17 a 45
% NEUTROFILOS	60.53	%	55 a 70
% MONOCITOS	7.20	%	3 a 14
% EOSINOFILOS	2.57	%	1 a 5
% BASOFILOS	0.86	%	0 a 2
LINFOCITOS # ABS	2.36	$\times 10^3/uL$	
NEUTROFILOS #ABS	4.96	$\times 10^3/uL$	
EOSINOFILOS # ABS	0.21	$\times 10^3/uL$	
BASOFILOS # ABS	0.07	$\times 10^3/uL$	
MONOCITOS # ABS	0.59	$\times 10^3/uL$	
GLOBULOS ROJOS	5.20	$\times 10^6/uL$	4.2 a 6.2
HEMOGLOBINA	16.30	g/dL	12.5 a 18
HEMATOCRITO	45.80	%	36 a 54
VOLCORPMEDIO(MCV)	88.06	fL	80 a 96
HGBCORPUSCULAR MEDIA(MCH)	31.34	pg	27 a 33
CONCHGBCORPMEDIA(MCHC)	35.59	g/dL	32 a 36
ANCHO DISTRIB ERITROCITARIA-SD	11.75	fL	
RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	201.1	$\times 10^3/uL$	140 a 440
VOLMEDIO PLAQUETARIO(MPV)	6.8	fL	
ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	0.1	%	
ANCHO DE DISTRIBPLAQUETARIA(PDW)	19.7	GSD	


DRA. KAREN CANTILLO.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS Ltda.

Nit. 800.033.723-0

Sede Principal Barranquilla
Calle 70 No. 48 - 58
Calcenter: 368 8864 - 368 8865
Teléfonos Directos
360 8340 - 368 1481 Celular: 317 427 4226
Barranquilla - Colombia

Sede Centro
Calle 42 No. 41 - 118
Teléfono 341 8968
Celular: 315 723 3903
Barranquilla - Colombia

Sede Sur
Carrera 16 No. 47B - 23
Teléfono: 365 1155
Celular: 301 247 0988
Barranquilla - Colombia

Sede Soledad
Calle 21 N° 19-73
Teléfonos: 3751482- 3754475
Celular: 3174274225
Email: coordinacionips.sol@olimpuslab.com
atencionalusuariops.sol@olimpuslab.com

Nombre	MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO		Fecha de recepcion:	18-dic.-2020 7:40 am	12183611
Identificacion	CC 1082891716	Sexo M	Fecha de impresion:		
Edad	31 Años 10 Meses 14 Dias	Tel. 3002636232	Empresa	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZA.	Preliminar
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	BOLSA SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

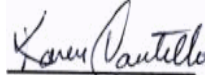
ASPECTO	LIG. TURBIO	
DENSIDAD	1020	
COLOR	AMARILLO	
pH	6.0	
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl
CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl
BILIRRUBINA	NEGATIVO	

UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL NEGATIVO

HEMATIES NEGATIVO
NITRITOS NEGATIVO
ESTERASA LEUCOCITARIA NEGATIVO

SEDIMENTO MICROSCOPICO

CEL. EPITELIALES: ESCASAS
 BACTERIAS: +
 LEUCOCITOS: 2-4 X CAMPO
 HEMATIES: 0-2 X CAMPO


 DRA. KAREN CANTILLO.

EVALUACION FONIATRICA (PERFIL VOCAL) PENDIENTE

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO PENDIENTE

VISIOMETRIA PENDIENTE

AUDIOMETRIA PENDIENTE

Ex:

18/12/2020

Test Results

Test Index: 6198
Fecha del Examen: 18/12/2020
Administró por: Admin

Nombre: MARTINEZ, ALFEDO
ID: 1082891716

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinía por: None
Anteojos/Lentes de Contacto: None
Problemas con Los Ojos: None

Nombre de Prueba	Lente	Día/Noche	Pasa/Falta	Resultado
Estereopsis	Lejana	Día	Normal	8 - Círculo
Visión de Color (Rojo/Verde)	Lejana	Día	Normal	Dos Correctos
Vision de Colores Azul/Violeta	Lejana	Día	Normal	Dos Correctos
Agudeza del Ojo Izquierdo	Lejana	Día	Normal	20/20
Agudeza del Ojo Derecho	Lejana	Día	Normal	20/20
Agudeza Binocular	Lejana	Día	Normal	20/20
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Lejana	Día	Normal	Lateral:4, Vertical:4
Visión Periférica (Campo Horizont	Lejana	Día	Normal	LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85
Agudeza Punta (B) - Izquierda	26"	Día	Normal	20/20
Agudeza Punta (B) - Derecha	26"	Día	Normal	20/20
Agudeza del Ojo Izquierdo	Cercana	Día	Normal	20/20
Agudeza del Ojo Derecho	Cercana	Día	Normal	20/20
Agudeza Binocular	Cercana	Día	Normal	20/20
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Cercana	Día	Normal	Lateral:4, Vertical:5

Conclusiones: Un mensaje con resultado NORMAL indica que los ojos están saludables. No significa que están completamente saludables sino que pasaron las pruebas.

Notas: Ingresa Notas Aquí

10

C.C 1082891716

PROTOCOLO DE EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ

Nombre:	Alfredo Martinez Acosta	
Fecha de nacimiento:	2-02-89	Edad: 31
Ocupación:	Instructor	
Remitido por:		
Diagnostico ORL:		
Teléfono de contacto:	300 263 62 32	
Fecha de evaluación:	18-12-20	

ANTECEDENTES MORBIDOS

Intervención quirúrgica	Si, cual	No ☒
Hospitalización	Si	No ☒
Intubación	Si, cuanto tiempo	No ☒
Medicamentos	Si, cuales	No ☒

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Motivo de consulta:	NO REFIERE
Cuando comenzó el problema:	
Forma de inicio:	
Como lo afecta:	
En qué momento se agrava:	
Como ha sido la evolución:	
Causa del problema:	
Localización:	

Momento del día de mayor dificultad:	NO REFIERE
Ha tenido afonías, cuando	
En que situaciones aparecen molestias:	NO
Varía el tono y volumen de voz sin querer:	NO
Se siente tenso físicamente, que sitio:	NO
Ansioso o irritable, con qué frecuencia:	

SÍNTOMAS ACTUALES

Fonastenia: cansancio	Si, cuando	No
Fonalgia: dolor	Si, cuando	No
Tensión en fonación	Si, cuando	No
Bolus faríngeo	Si, cuando	No
Sensación de constricción	Si, cuando	No
Descarga posterior	Si, cuando	No
Odinofagia	Si, cuando	No
		No

Mal uso vocal

Habla compitiendo con ruido ambiental	Si	No
Habla mientras escucha música	Si	No
Habla al mismo tiempo que otras personas	Si	No
Canta fuera del registro	Si	No
Canta sin vocalizar	Si	No
Trata de hablar con tono más grave o agudo	Si	No
Debe hablar mucho	Si	No
Habla muy rápido	Si	No
Imita voces	Si	No
En resfrios, intenta hablar con normalidad	Si	No
Habla forzando la voz	Si	No

Abuso vocal

Grita en exceso	Si	No /
Imita ruidos o sonidos	Si	No /
Habla mientras hace ejercicios	Si	No /
Carraspea	Si	No /
Tose en exceso	Si	No /
Fuma	Si	No /
Consume drogas	Si	No /
Consume café	Si	No /
Ingiere alimentos picantes	Si	No /
Ingiere alimentos muy condimentados	Si	No /
Ingiere alimentos muy calientes	Si	No /
Ingiere alimentos muy fríos	Si	No /
Bebe líquidos cuando hace uso de su voz	Si /	No /
Suele trasnochar	Si	No /
Exposición a agentes químicos	Si	No /

Ambiente

Esta frecuentemente en ambientes de fumadores	Si	No /
Esta frecuentemente en ambientes ruidosos	Si	No /
Esta frecuentemente en ambientes con químicos irritables	Si	No /
Esta frecuentemente en ambientes con aire acondicionado	Si	No /
Esta frecuentemente en ambientes con poca ventilación	Si	No /
Se expone frecuentemente a cambios de temperatura	Si	No /
Utiliza frecuentemente ropa ajustada	Si	No /

RESPIRACION

En Reposo

TIPO	clavicular / <i>clav</i>	abdominal	Costo- Diafragmática
------	--------------------------	-----------	----------------------

MODO	oral	nasal	Mixto
-------------	------	-------	-------

En fonación

TIPO	clavicular	abdominal	Costo- Diafragmática
MODO	oral	nasal	Mixto

	1 emisión	2 emisión	3 emisión	promedio
A	6	7	7	
S	8	11	11	

Relación s/z

COORD. FONORESPIRATORIA	Adecuada	Inadecuada
APOYO RESPIRATORIO	Presente	Ausente
Apneas prefonatorias	Presente	Ausente

POSTURA

ASIMETRIA DE HOMBROS	Normal	Leve	Severa
-----------------------------	--------	------	--------

Lateral

POSICION DE CABEZA	Normal	Levemente adelantada	Severamente adelantada
COLUMNA VERTEBRAL	Normal	hiperlordosis	hipercifosis

Posterior

Escapulas	Normal	Aladas
------------------	--------	--------

EMISION: Cualidades de la voz

Intensidad

VOZ CONVERSACIONAL	Normal /	Alto	Bajo
VOZ EN LECTURA	Normal /	Alto	Bajo
EMISIONES VOCALES	Normal /	Alto	Bajo
VOZ SUSURRADA	Normal /	Alto	Bajo
VOZ DE LLAMADA	Normal /	Alto	Bajo
VARIACIONES	Normal /	Alto	Bajo
	Normal /	Alto	Bajo

Tono

Normal ✓	Desv. graves	Desv. agudas	Inestable
----------	--------------	--------------	-----------

Atoque vocal

Normal /	Duro	Soplado
----------	------	---------

Resonancia

Oral /	Pectoral	Fondo de saco
Hiponasal	Hipernasal	Faríngea

Timbre

Grado disfonía	Ronquera	Astenia	Soplo	Tensión
G	R	A	B	S

HABLA- ASPECTOS SUPRASEGMENTALES

RITMO	EN FONACION	Normal /	Pausado	Precipitado	Irregular
	AL LEER	Normal /	Pausado	Precipitado	Irregular

PROSODIA	Adecuada /	Pausada	precipitada
----------	------------	---------	-------------

FLUIDEZ	Adecuada /	Inadecuada
---------	------------	------------

OFAS

Labios	Apariencia /	Tono /	Movilidad /
Lengua	Apariencia /	Tono /	Movilidad /
Velo	Apariencia /	Tono /	Movilidad /
Mejillas	Apariencia /	Tono /	Movilidad /
Nariz	Apariencia /	Tono /	Movilidad /

Mandíbula	Apariencia normal	Movilidad /
ATM	Apariencia /	Movilidad /

DIENTES	Diastemas	Ausencias	Implantaciones	Prótesis
---------	-----------	-----------	----------------	----------

PERCEPCION DE LA VOZ

POR EL PACIENTE:	NOTA: NO refiere problemas con su voz.
POR FONOAUDIOLOGO	NO alteraciones con su voz. NOTA:

Julio Carrero
FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



Hace constar:

Que el Sr(a) ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082891716 realizó el día 18/02/2021 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 ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082891716 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 la señora ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.891.716, 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 18/12/2021 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): 202101012428683.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 26 de Enero de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE, SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALFREDO ALFONSO MARTINEZ ACOSTA identificado(a) con CC 1082891716, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	51666857384	2016/10/12	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



Bancolombia

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

Ciudad de Expedición:						Sucursal:						Cod. Sucursal:			Nro. Póliza:			Anexo:					
BOGOTÁ, D.C.						CALLE 100						33			33-46-101029274			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		05		05		2022		00:00			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO								Identificación: 1082891716			
Dirección: CR 10 NRO. 18 - 25						Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA				Teléfono: 3114536509	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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.PCCNTR.2193245 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:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		01/02/2021	05/05/2022
		Suma Asegurada / Actual:	
		\$ 4,134,000.00	
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 20,749.28	\$ 8,000.00	\$ 5,462.36	\$ 34,211.64	\$ 4,134,000.00	29/01/2021

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 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 CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - Teléfono: 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

Manuel Sarmiento
Firma Autorizada



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.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

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

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.33-46-101029274**

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, PRODUCIERE.

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, PREVALECEÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

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



Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000019721311(3900)0000000034211(96)20210130

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO N°: 30000019721311

HACE CONSTAR QUE:

FECHA			
29/01/2021 10:39p.m.			
RECIBIMOS DE: MARTINEZ ACOSTA ALFREDO ALFONSO		CC. 1.082.891.716	
LA SUMA DE: Treinta y cuatro mil doscientos once pesos .*****			
POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000019721311			
Póliza/s	Importe SubTotal	IVA	Importe Total
33-46-101029274	\$28.749,00	\$5.462,00	\$34.211,00
FORMA DE PAGO			
Proveedor de Servicios Electrónicos - Cuenta Nro. 2010 \$34.211,00		EFFECTIVO: \$0,00 CHEQUE: \$0,00 TARJETA: \$0,00 BD: \$34.211,00 OTROS: \$34.211,00	
TRANSACCION: 0001972131		TOTAL: \$34.211,00	

Cajero Rapiestado