

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL BOYACÁ</p> <p align="center">CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	15
			<p>Código Centro</p>	911110
			<p>Fecha Elaboración</p>	Febrero de 2021
			<p>Versión</p>	ENERO 2021 - 1,21
			<p>ID de Proceso</p>	73658-806708
		<p>No. de documento</p>	22079	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>gcruzma@sena.edu.co</p>		<p>1.049.620.382</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>		<p>☐ NO ☒ SI Inducción SST</p>		<p>3209164064</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO CAJA SOCIAL</p>		<p>Es declarante de renta? ☐ NO Es Pensionado? ☐ NO</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>		<p>24065337084</p>
<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>		<p>☐ NO ☒ SI Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>		<p>24065337084</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>2280945/2021</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 36.723.733</p>		<p>15521</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 36.723.733</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 35.607.133</p>		<p>Del 22/02/2021 Al 28/02/2021</p>
		<p>Comisiones</p>		<p>Valor Bruto Pago</p>
		<p>\$ 0,00</p>		<p>\$ 1.116.600,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>				
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p>INSTRUCTOR: OBJETO INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN VIRTUAL EN EL ÁREA DE BILINGÜISMO QUE ATIENDE EL CENTRO MINERO. RADICADO 9-2021-000788</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 1.116.600</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos por comisiones</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 1.116.600</p>		<p>\$ 0</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 643.200</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
				<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Febrero</p>		<p>Enero</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 908.526</p>		<p>\$ 4378540184</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 113.600</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 145.400</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>
<p>ARL II</p>		<p>\$ 9.500</p>		<p>\$ 0</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>		<p>\$ 214.400</p>		<p>\$ -</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ -</p>
<p>Valor Base retención en la fuente</p>				
<p>643.200,00</p>				
<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>				
<p>857.600,00</p>				
<p>Valor base IVA</p>				
<p>0,00</p>				
<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Menos Retención en la Fuente</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Menos Retención IVA</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Reteica - 8299</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Otras Retenciones</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Otras Retenciones</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Otras Retenciones</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Otras Retenciones</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Descuentos de Libranza</p>				
<p>0,00</p>				
<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>				
<p>0,00</p>				
<p>VALOR A PAGAR</p>				
<p>\$ 1.116.600,00</p>				
<p align="center">SON: UN MILLÓN CIENTO DIECISEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad. Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices de acuerdo a la programación en intensidad horaria que se fije para cada programa de formación. Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje. Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato. Aplicar según modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad. Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso de formación del área temática objeto del contrato.</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 align="right">GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<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 align="right">ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ INSTRUCTOR</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

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:		1049620382		NÚMERO PLANILLA:		4378540184		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA		DEPARTAMENTO:		BOYACA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		enero AÑO		2021					
CIUDAD/MUNICIPIO:		SOGAMOSO		TELÉFONO:		7777777		DÍAS DE MORA:		2021/02/22		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		CRA 5 4-57		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1022245871					
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		PRIVADA																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO													

TOTAL APORTES A PENSIÓN																TOTALES			
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		APORTES	MORA	VALOR PAGADO					
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP										
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400		\$ 145.400			
SUBTOTALES:												\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400		\$ 145.400			

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600
SUBTOTALES:									\$ 113.600				\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.500	\$ 9.500	\$ 0	\$ 0	\$ 9.500
SUBTOTALES:								\$ 9.500	\$ 0	\$ 0	\$ 9.500	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	SALUD		ARP			DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE

TOTAL

\$ 268.500



Hace constar:

Que el Sr(a) GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049620382 realizó el día 23/02/2021 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 GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049620382 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 -



MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S
CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL
NUMERO ÚNICO DEL DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO: DHS241687

DATOS GENERALES DEL USUARIO

Numero de Consecutivo: 5508 Fecha - Hora: jueves, 28 de enero de 2021 08:36
Empresa - organización: Sena Ocupación: Instructor
Nombre(s): Gabriel Angel Apellido(s): Cruz Medina
Fecha nacimiento: 23-03-1990 Edad: 30 años. Género: Masculino
Estado Civil: Soltero(a) Escolaridad: Post-grado completo
Dirección: Carrera 5 no 4 57 Número Telefónico: 3209164064 Doc. 1049620382
Estrato: 2. Dos No. Hijos: Ningún EPS: Medimas ARL: Positiva AFP: Porvenir



EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo: Ingreso Enfasis : Osteomuscular Enfasis 1: NA Otro: NA

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Visiometría	SI	Amétrope corregido	Prueba Unipodal:	SI	Normal
Optometría:	NO	No realizada	Electrocardiograma:	NO	No realizada
Audiometría:	SI	Sensibilidad auditiva Normal	Psicología:	NO	No realizada
Espirometría:	NO	No realizada	RX Torax:	NO	No realizada
Test Ruffier:	NO	No realizada	RX Columna:	NO	No realizada

PARACLÍNICOS REALIZADOS

Trigliceridos: Alterado
Colesterol Total: Normal
HDL: N/R
LDL: N/R
Glicemia: Normal
Hemoglobina: Normal
Hematocrito: Normal
Leucocitos: Normal
Neutrofilos: Normal
Linfocitos: Alterado
Plaquetas: Normal
Serologia II: N/R
Parcial de orina: N/R
BUN: N/R
Creatinina: N/R
Frotis de sangre: N/R
Reticulocitos: N/R
Marihuana: N/R
Cocaína: N/R
Antg Sars cov-2: N/R
Sars cov-2 IgG: N/R

EVALUACION DE INGRESO

Sin restricción para el cargo: SI
Sin restricción para brigadista: SI
Con restricciones para el cargo: NA
Sin restricción con condicionalidad: SI
Sin restricción para trabajar en alturas: NA
Sin restricción para conducción de vehículos: NA
Sin restricción para trabajo administrativo: NA
Sin restricción para trabajar en espacios confinados: NA
Sin restricción para requerimiento de la empresa: SI
Aplazado: NO

EVALUACION PERIODICA - POST INCAPACIDAD

Sin restricción para continuar el cargo: NA
Sin restricción para conducción de vehículos: NA
Sin restricción para trabajar en alturas: NA
Reubicación laboral temporal: NA
Reubicación laboral definitiva: NA
Reintegro laboral: NA

EVALUACION RETIRO

Sospecha de enfermedad laboral: NA
Accidentes de trabajo: NA
Enfermedad Común: NA

PROGRAMAS - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Biomecanico: SI
Auditiva: NO
Visual: SI
Cardiovascular: NO
Respiratoria: NO
Psicosocial: NO

RESTRICCIONES

Cargas mayores de 12,5 kgs: NA
Trabajo en alturas: NA
Vibracion: NA
Ruido: NA
Material particulado: NA
Altas temperaturas: NA
Posturas prolongadas: NA
Movimientos repetitivos: NA
Manipulacion de quimicos: NA
Espacios confinados: NA

SEGUIMIENTO

Remisión: NA
Valoración por EPS: NA
Valoración por ARL: NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Uso EPPS: SI Higiene postural: SI Pausas activas: SI Habititos de vida saludable: SI vacunacion completa: SI
Reducir peso: NO Proteccion auditiva: SI Protección ocular: SI Protección respiratoria: SI Casco de seguridad: NA

OBSERVACIONES

Usuario en adecuadas condiciones generales, sin alteración de tipo osteomuscular, se sugiere uso de lentes para el cargo con formula actual al momento de ingreso a la empresa, sin restricción para el cargo con condicionalidad visual, se dejan recomendaciones para la prevención del contagio de covid-19.

La custodia de la historia ocupacional estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional (Art. 2 de la Resolución 1918 de 2009 que modifica el art. 17 de la Resolución 2346 del 2007), la historia ocupacional y los demás documentos relacionados son documentos privados que podrán ser custodiados por el servicio médico de la empresa.

Job Miguel Ángel Reyes F.
Médico Cirujano
R.M. 16567 Lic S.O. 4621
Especialista en Salud Ocupacional



Miguel Ángel Reyes Franco
Médico Cirujano Esp. S.O.
RM:16567 LIC. S.O. 4621

Sello de validación

Gabriel Angel Cruz Medina
N° Documento 1049620382
Huella
El aspirante o colaborador declara que todos los datos consignados corresponden a una información verídica

MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S
FICHA DE EVALUCION AUDIOMETRICA
AUDIOMETRIA DE TAMIZAJE OCUPACIONAL

DATOS GENERALES										
N° Consecutivo	5508			Fecha - Hora	jueves, 28 de enero de 2021 08:36					
Empresa	Sena			Cargo o Puesto	Instructor					
Nombre(s)	Gabriel Angel			Apellido(s)	Cruz Medina					
No. Doc. Ident.	1049620382			Estado Civil	Soltero(a)					
Género	Masculino	Edad	30 años.	Fecha nacimiento	23-03-1990					
Ocupación	Instructor			Escolaridad	Post-grado completo					
Departamento	Boyacá			Dirección	Carrera 5 no 4 57					
No. Telefónico	3209164064			Estrato	2. Dos					
No. Hijos	Ningún			ARL	Positiva					
EPS	Medimas			AFP	Porvenir					
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL										
Tipo	Ingreso			Enfasis 1	Confirmatorios					
Enfasis 2	NA			Otro -Cuál?	NA					
EQUIPO EMPLEADO										
Marca	Maico	Modelo	MA-25	Fecha de calibración	Mayo 15 de 2020					
ANTECEDENTES				SÍNTOMAS ACTUALES						
Años laborados	5			Tinnitus	SI	Zumbidos	NO			
Uso de protección auditiva	SI			Mareos	NO	Vértigo	NO			
Horas de uso	NO			INFECCIÓN A OÍDOS						
Reposo auditivo	---			Oído Derecho	NO	Oído Izquierdo	NO			
Tiempo de exposición en 8h/día	8			DOLOR DE OÍDOS						
ANTECEDENTES RELACIONADOS				Oído Derecho	NO	Oído Izquierdo	NO			
Consumo de tabaco	NO			OTRAS ALTERACIONES						
Servicio militar	NO			Disminución de la audición						NO
Hobbies con exposición a ruido	NO			Dificultad para la conversación						NO
Exposición laboral a químicos	NO			EXMEN DE OÍDOS (OTOSCOPIA)						
Infección de oído	NO			OD	Membrana timpanica de color gris perlado, sin perforaciones.					
Uso de ototoxicos (Antibiotico)	SI			OI	Membrana timpanica de color gris perlado, sin perforaciones.					
TABLA DE FRECUENCIAS - AUDIOGRAMA										
Frecuencias	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA (5-1-2-3)	
Oído Derecho	10	10	5	5	5	15	25	5	6,25	
Oído Izquierdo	5	15	5	5	5	10	5	5	7,5	
OBSERVACIONES										
DIAGNÓSTICO	SENSIBILIDAD AUDITIVA BILATERAL NORMAL				VALORACION	NO				
CONTROL	Se Sugiere Control Auditivo Anual.				USAR	EPPA				
OBSERVACIONES	Ninguna alteración. <i>Miguel Angel Reyes Franco</i> Médico Ocupacional C.O. 4621									
PROFESIONAL	MIGUEL ANGEL REYES FRANCO			TP - RM - LSO	Aspirante o colaborador					
	16567-12 LIC S.O 4621-20			Gabriel Angel Cruz Medina						



LABORATORIO CLINICO MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS

DIRECCION: Carrera 12 # 11-43 Local 5 TELEFONO: 3183063885 - 7738661
Sogamoso - Boyaca - Colombia
e-mail: marialopez_29@hotmail.com



10051228

Página 1 de 1

Orden No : 10051228
Paciente : GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA
Identificación : 1049620382
Convenio : MEDICAL JOB
Servicio : CONSULTA EXTERNA

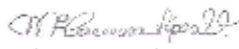
Fecha recepción : 28/01/2021 08:47:48
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 30 / M
Telefono : .

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Recuento de Leucocitos	8.2	$\times 10^3/\text{mm}^3$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\text{mm}^3$
% Linfocitos	42.9	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	5.1	%	3.0 - 6.0 %
% Granulocitos	52.0	%	56 - 72 %
# Linfocitos	3.5	$\times 10^3/\text{mm}^3$	1.0 - 4.00 $\times 10^3/\text{mm}^3$
# Monocitos	0.4	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.20 - 1.00 $\times 10^3/\text{mm}^3$
#Granulocitos	4.3	$\times 10^3/\text{mm}^3$	0.4 - 0.7 $\times 10^3/\text{mm}^3$
Recuento de Eritrocitos	5.36	$\times 10^6/\text{mm}^3$	3.80 - 5.80 $\times 10^6/\text{mm}^3$
Hemoglobina	15.6	g/dl	H:14.0-17.0 M:11.8-15.0
Hematocrito	46.5	%	H:42.0-48.0 M:38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	87	μm^3	80 - 90 μm^3
HB Corpuscular Media	30.6	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpuscular Media	35.2	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	14.3	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	279	$\times 10^3/\text{mm}^3$	150 - 450 $\times 10^3/\text{mm}^3$
Volumen Plaquetario Medio	7.3	μm^3	6.0 - 15.0 μm^3
Ancho de Distribución Plaquetas	12.7	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	0.205	%	.150 - .500 %


MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263
Validación: 28/01/2021 09:53:09

QUIMICA

Colesterol Total	228.3	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Glucosa	96	mg/dl	70 - 110 mg/dl Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Triglicéridos	326.8	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl


MARIA CARMENZA LOPEZ VARGAS
BACTERIOLOGA
0263
Validación: 28/01/2021 09:53:02

**MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S**

REMISION MÉDICO OCUPACIONAL

NUMERO ÚNICO DEL DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO: DHS241687

DATOS GENERALES DEL USUARIO

N° Consecutivo	05508	Fecha - Hora	jueves, 28 de enero de 2021 08:36
Empresa	Sena	Cargo o Puesto	Instructor
Nombre(s)	Gabriel Angel	Apellido(s)	Cruz Medina
No. Doc. Ident.	1049620382	Género	Masculino
Fecha nacimiento	23-03-1990	Edad	30 años.
Estado Civil	Soltero(a)	Escolaridad	Post-grado completo
Municipio	Sogamoso	Dirección	Carrera 5 no 4 57
Número Telefónico	3209164064	Estrato	2. Dos
No. Hijos	Ningún	EPS	Medimas
ARL	Positiva	AFP	Porvenir

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo	Ingreso	Énfasis 1	Osteomuscular
Énfasis 2	NA	Otro - Cuál?	NA

ANTECEDENTES PERSONALES

Sedentarismo	NO	Dislipidemia	NO	ACV	NO
HTA	NO	IAM	NO	Obesidad	NO
Deportes	SI	Tabaquismo	NO	Alcohol	NO
Otros	SI	¿Cuál?	astigmatismo		

Observaciones Ninguna

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

	Fármaco	Dosis
1	NS/NR	NS/NR
2	NS/NR	NS/NR

EXPLORACIÓN FÍSICA

Aspectos Generales	Normal	Normal
	(TA/S)	(TA/D)
Tensión Arterial	120	80
		Medida
Frecuencia Cardíaca	70	Lpm
Frecuencia Respiratoria	16	Rpm
Temperatura	36,5	°C
Peso	79	Kgs
Talla	1,80	Mts
Cintura medida	96	Cms
Cadera medida	101	Cms
IMC	24,38	
Riesgo CV	NORMAL	
Clasificación IMC	NORMAL	

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

IDX	HIPETRIGLICERIDEMIA PURA
-----	--------------------------

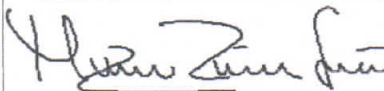
RESUMEN DE LA EVALUACION	usuario con dislipidemia hipetrigliceridemia TG: 326 mg/dl
--------------------------	--

SERVICIO DE REFERENCIA	MEDICINA GENERAL
------------------------	------------------

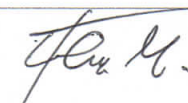
SEGUIMIENTO - VALORACION

Remisión	☒ SI	Valoración por EPS	☒ SI	Valoración por ARL	☐ NA
----------	--	--------------------	--	--------------------	-----------------------------

OBSERVACIONES:	valoracion y manejo
----------------	---------------------


Miguel Angel Reyes Franco
Médico Cirujano Esp. S.O.
RM:16567 LIC. S.O. 4621

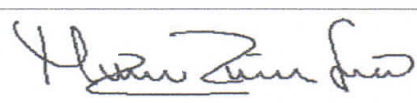

Miguel Angel Reyes F.
Médico Cirujano
RM. 16567 Lic S.O. 4621
Especialista en Salud Ocupacional


Firma del Aspirante o Colaborador
Gabriel Angel Cruz Medina
No. Doc. Ident. 1049620382



**MEDICAL JOB SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S****EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO VISUAL**

NUMERO ÚNICO DEL DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO: DHS241687

DATOS GENERALES DEL USUARIO										
N° consecutivo	5508			Fecha - Hora	jueves, 28 de enero de 2021 08:36					
No. Doc. Ident.	1049620382			Organización	Sena					
Nombre(s)	Gabriel Angel			Apellido(s)	Cruz Medina					
Fecha nacimiento	23-03-1990	Edad	30 años.	Cargo o Puesto	Instructor					
Género	Masculino			Municipio	Sogamoso					
Departamento	Boyacá			Número Telefónico	3209164064					
Estado Civil	Soltero(a)			Dirección	Carrera 5 no 4 57					
Escolaridad	Post-grado completo			Estrato	2. Dos					
No. Hijos	Ningún			EPS	Medimas					
ARL	Positiva			AFP	Porvenir					
ANAMNESIS VISUAL				REVISION POR SISTEMAS						
Último control	1 año	Usa RX	SI	Asintomático	SI					
Para vision VL:	SI	vision VP:	SI	Cansancio ocular	NO					
Frecuencia	NA	Bifocal	NO	Resequedad ocular	NO					
Progresivo	NO	PC	NO	Disminución visual de cerca	NO					
Usa protección ocular	SI	Ocasional	NA	Cefalea	NO					
ANTECEDENTES				Lagrimo	NO					
Antec. Familiares	Ninguno			Fotofobia	NO					
Antec. Personales	Ninguno			Prurito ocular	NO					
I.EXAMEN VISUAL VISIOMETRO TITMUS II				IV. MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL						
I. BINOCULARIDAD				SIN CORRECCION						
Suprime OD				NO	VL - OD			20/60	VL - OI	20/60
Suprime OI				NO	VP - OD			20/30	VP - OI	20/30
II. ESTEREOPSIS				SI	CON CORRECCION					
III. TEST COLOR ISHIHARA				SI	VL - OD			20/20	VL - OI	20/20
Observaciones: Ninguna					VP - OD			20/20	VP - OI	20/20
V. CAMPIMETRÍA SIN OCLUIR NINGÚN OJO				VI. CAMPIMETRÍA HORIZONTAL						
CAMPIMETRO VERTICAL				IZQUIERDO						
Izquierdo. Arriba	SI	IZQ. Abajo	SI	IZQ - 85° Izq	SI	70° - Izquierdo	SI			
Derecho. Abajo	SI	DER. Arriba	SI	IZQ - 45° -NASAL	SI	55° - Izquierdo	SI			
VII. MOTILIDAD OCULAR				DERECHO						
VL	Normal	VP	Normal	DER - 45° NASAL	SI	55° - Derecho	SI			
Ducciones	Normal	Versiones	Normal	DER - 70°	SI	85° - Derecho	SI			
EXAMEN OCULAR										
Hiperemia Conjuntiva	NO	Pterion N	NO	Pterion T	NO	Pinguecula	NO			
Ptois Palpebral	NO	Secrecion	NO	Blefaritis	NO	Blefaritis seborreica	NO			
Observaciones: Ninguna										
RESULTADOS Y CONCEPTO										
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:				Amétrope corregido						
Valoración:				CONCEPTO						
Optometria:	NO	APTO:	SI							
Oftalmologia:	NO	Conducta:	Ninguna							
Control visiometria:	SI									
OBSERVACIONES										
uso de lentes para el cargo										
										
 Miguel Angel Reyes F. Medico Cirujano R.M. 16567 Lic S.O. 4621 Especialista en Salud Ocupacional										
Nombre del Profesional y Firma				Especialidad - sello de validacion			Registro medico - licencia ocupacional			
Miguel Ángel Reyes Franco				Médico Cirujano Esp. S.O.			4621			

INFORME PSICOLÓGICO RESULTADO DE PRUEBA

Fecha de aplicación: 16/02/2021

Nombre del evaluado: Gabriel Ángel Cruz Medina

Cédula: 1049620382

Cargo: Instructor Inglés

I. DESCRIPCIÓN GENERAL:

Se identifica que Gabriel está orientado en espacio y tiempo, presenta un porte y actitud que van acorde a su edad cronológica y durante el proceso de evaluación es muy receptivo y respetuoso, de igual manera, comprende con facilidad las instrucciones que se le brindan para la aplicación del instrumento.

II. INSTRUMENTO: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) fue elaborado por Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) y permite efectuar una exploración psicológica sobre sentimientos y actitudes que presenta un profesional en su trabajo.

Dicho cuestionario está compuesto por 22 preguntas que plantean situaciones con siete opciones de respuesta que van desde nunca a diariamente, las cuales se agrupan en tres escalas, siendo: a) agotamiento emocional o cansancio, b) despersonalización o cinismo y c) realización personal en el trabajo.

La aplicación puede realizarse de forma individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre los 15 a 20 minutos. Para puntuar el cuestionario, se debe tener en cuenta que se suman las puntuaciones directas que la persona haya obtenido en cada escala.

III. MOTIVO DE LA APLICACIÓN:

Se aplica este cuestionario con el fin de identificar la frecuencia e intensidad de Burnout que presenta el profesional en su trabajo.

IV. RESULTADOS CUANTITATIVOS:

A continuación, se presenta la puntuación directa obtenida en el cuestionario en cada una de las escalas, para su interpretación, es importante tener en cuenta que, los valores de referencia oscilan en tres niveles, siendo bajo, medio y alto.

Escala	Puntuación directa	Nivel
Cansancio emocional	15 /54	Bajo
Despersonalización	5 /30	Bajo
Realización personal	45 /48	Alto

V. RESULTADOS CUALITATIVOS:

En la *escala de cansancio emocional o agotamiento* se obtuvo un nivel bajo, lo que permite evidenciar que Gabriel **NO PRESENTA** síntomas relacionados con fatiga emocional durante la jornada laboral y posterior a la misma, frustración al trabajo, estrés laboral o

dificultad para trabajar bajo presión; por lo cual, se infiere que **PRESENTA** habilidades y estrategias de afrontamiento adecuadas para realizar de manera óptima y pertinente las funciones que se le asignen.

En relación con la *escala de despersonalización*, se identifica un nivel bajo, es decir, **PRESENTA** un trato adecuado y favorable con sus compañeros de trabajo, estudiantes y superiores, tiene habilidades sociales de empatía, preocupación e interés por el bienestar de sus alumnos y es capaz de establecer buenas relaciones interpersonales.

Por último, en cuanto a la *escala de realización personal*, la cual se presente en un nivel alto, se identifica que Gabriel **PRESENTA** facilidad para comprender las emociones en los demás, tiene habilidades en resolución de problemas, motivación laboral y aporta de manera positiva al clima organización de la empresa.

VI. CONCLUSIONES:

La puntuación obtenida en el cuestionario permite identificar que Gabriel no presenta sentimientos o actitudes relacionados con burnout, por ende, mediante los ítems que evalúa el cuestionario, se infiere que tiene habilidades que favorecen de manera significativa su desenvolvimiento en el rol que ejerce como tutor en la asignatura de inglés. Lo anterior debido a que, su interés, motivación y compromiso con su trabajo permiten aportar de manera favorable al clima organizacional de la institución y al cumplimiento de metas propuestas, dado que, tiene un alto sentido de autorrealización y logro.



Marvin Katherine Amaya Gil
Psicóloga Profesional
T.P. 201542



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 GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.049.620.382, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 19/02/2021 y fecha fin de contrato 17/12/2021 con riesgo 2.

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): 202101012463648.

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de Febrero de 2021.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

GABRIEL ANGEL CRUZ MEDINA

Identificado con

CC1049620382

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0628 PARQUE DE LA VILLA SOGAMOSO, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24065337084

Fecha de Apertura : 05 de agosto de 2016

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

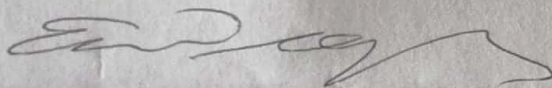
Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0540 SOGAMOSO de la ciudad de SOGAMOSO, el día jueves, 28 de enero de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:

L5L3B009 - LUIS ERNESTO LOPEZ BAYONA



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

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

Ciudad de Expedición:					Sucursal:					Cod. Sucursal:		Nro. Póliza:		Anexo:	
SOGAMOSO					AGENCIA SOGAMOSO					51		51-46-101009087		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		
19	02	2021	22	02	2021	00:00		20	04	2022	00:00				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: CRUZ MEDINA GABRIEL ANGEL								Identificación: 1049620382			
Dirección: CARRERA 5 NO. 4 -57						Ciudad: SOGAMOSO - BOYACA				Teléfono: 3209164064	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA								Identificación: 899999034-1			
Dirección: CENTRO MINERO - VDA MORCA KM 7 SECTOR BATÁ						Ciudad: SOGAMOSO - BOYACA				Teléfono: 7721313	

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.2280945 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: OBJETO INSTRUCTOR PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN VIRTUAL EN EL ÁREA DE BILINGÜISMO QUE ATIENDE EL CENTRO MINERO, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, EL MODELO PEDAGÓGICO DEL SENA, LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. SEGÚN TÉRMINOS, CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES EXPRESAS EN EL CONTRATO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		22/02/2021	20/04/2022
		Suma Asegurada / Actual:	
		\$ 3,672,373.30	
OBSERVACIONES:			

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
\$ 15,000.00	\$ 8,000.00	\$ 4,370.00	\$ 27,370.00	\$ 3,672,373.30	19/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CLASS ASESORES DE SEGUROS LTDA	93098	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 10 NO. 14-130 L104 EDIF GEMINIS II - Teléfono: 7731957 - SOG


FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas


FIRMA TOMADOR



Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdeleestado.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

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.51-46-101009087**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVE ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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



V 9.00 201214 BMYCO

FEB 19 2021 15:28:49 REMIT 9.00

CORRESPONSAL

BANCOLOMBIA

BARRIO SUGAMUXI SOGAMO

CL 7 6 48

C. UNICO: 3007023040

RECIBO: 000467

TER: GZZZZ665

RRN: 000569

APRO: 247688

RECAUDO

CONVENIO: 47189

SEGUROS DEL ESTADO S

REF: 30000020113023

VALOR \$ 27.370

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS			
Nit. 860009578-6	47189 iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	30000020113023
		Fecha de Emisión	19/02/2021
MEDINA GABRIEL ANGEL		Fecha de Pago	
		DIA	MES AÑO
0,00			
ugar	1	Fecha Vencimiento Boleta	22/02/2021

sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

ia - Nro. Cuenta: 47189

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS			
Nit. 860009578-6	47189 iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	30000020113023
		Fecha de Emisión	19/02/2021
consignación:		Fecha de Pago	
		DIA	MES AÑO
ANGEL			
TOTAL A PAGAR		\$27.370,00	



(415)7709998021167(8020)30000020113023(3900)00000000027370(96)20210222

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

FORMA DE PAGO	Código del Banco	Nº de Cheque	Nº de Cuenta	Valor
CHEQUE				
Total Pagado				

Lugares de Pag Bancolombia - Nro. Cuenta: 47189

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

SISTEMA NACIONAL DE RECAUDOS				
 SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Nit. 860009578-6	47189 iRecaudo	Nro. de Referencia de Pago	30000020113023
			Fecha de Emisión	19/02/2021
Nombre de quién realiza la consignación:			Fecha de Pago	
CRUZ MEDINA GABRIEL ANGEL			DIA	MES AÑO
Teléfono:		TOTAL A PAGAR	\$27.370,00	



(415)7709998021167(8020)30000020113023(3900)00000000027370(96)20210222

Debe tener sello y firma de entidad recaudadora para que tenga validez de comprobante de pago

Lugares de Pag Bancolombia - Nro. Cuenta: 47189

Total de Efectivo	\$
Total Pagado	\$

Recuerde llevar los comprobantes separados para pago en Banco

Este formato está prediligenciado por el aplicativo iRecaudo. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado). No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX. La impresión debe realizarse con impresora láser de alta resolución. Se deben presentar todas las copias de la impresión en la Sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas.