SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **25** |
| **Código Centro** | **951110** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **54583-856869** |
| **No. de documento** | **27251** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | WILTON FAVIO URBANO MORENO | **C.C.** | 98.354.487 | **IP/Nº de contacto** | 3128775995 |
| **Correo electrónico contratista:** | wfurbano7@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 655327492 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 230/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **25721** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.090.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 38.090.000 | **1** | **Del** | **26/02/2021** | **Al** | **28/02/2021** | **$ 650.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 37.440.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

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

CO1.PCCNTR.2302021.SERVICIOS PROFES TEMPORAL INSTRUCTOR TÉCNICO ÁREA AGRÍCOLA AGROINDUSTRIAL-CONTROL CALIDAD INOCUIDAD/GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O EMPLEABILIDAD RURAL, PRESENCIAL Y/O DISTANCIA, PROGR SENA EMPRENDE RURAL SER CTDPE.RAD 9-2021-003413

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 650.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 650.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 293.250** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **Decreto 1273 de** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 9.500 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 97.750 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 293.250,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 391.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 3.910,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 646.090,00** | |

**SON: SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Procesos de convocatoria
Lineamientos programa ser

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

**WILTON FAVIO URBANO MORENO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**ELKIN ALEXIS GUALTERO CASTRO**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WILTON FAVIO URBANO MORENO identificado(a) con cedula ciudadania 98.354.487, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20210126 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Febrero de 2.021

**Observaciones:**

**Con destino a:**
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA ANGELICA LEAL CER-AFI
15284052

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

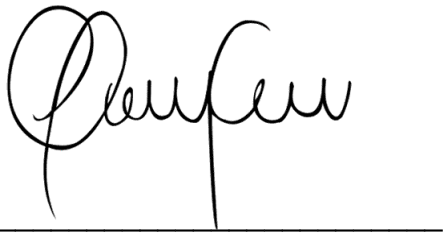
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**WILTON FAVIO URBANO MORENO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.354.487**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

***Tenga en cuenta:***

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a **www.porvenir.com.co** y actualice su Historia Laboral.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14550297101

(415)7707212489984(8020) 000001455029710 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 8 3 5 4 4 8 7 | 9 | Impuestos y Aduanas de Pasto 14 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 98354487 | 19911108 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Nariño 52 | El Tablón de Gómez 258 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| URBANO | MORENO | WILTON | FAVIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Nariño 52 | Pasto 001 |

41. Dirección principal: CL 16 34 19 BRR SAN ANDRES

42. Correo electrónico: wfaviourbam@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3128775995 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8560 | 2012-12-10 | 7110 | 2012-12-10 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 58. CPC | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

**DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA**
MD. UNIV. NACIONAL – ESP. SALUD OCUP. U.M.B.
LSO. 10293
**DRA. JULIETTE BIBIANA CAICEDO BETANCOURT**
MD. UNIV. JUAN N. CORPAS – ESP. SALUD OCUP.
LSO. 25-2032



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 98354487-23935

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 16/02/2019 CHIA | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | WILTON FAVIO URBANO MORENO | **Identificación:** | 98354487 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 46 | **Teléfono** | **Móvil:** |
| **Fecha Nacimiento:** | 11/04/1972 | **Cargo:** | INSTRUCTOR (A) |
| **Estado Civil:** | | **EPS:** | |
| **Dirección** | | **Escolaridad:** | |
| **Empresa** | SENA | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **VALORACION PSICOLOGICA** | SATISFACTORIO PRUEBA DE PF16 |
| **FONOAUDIOLOGIA** | CARACTERISTICAS FONOACUSTICAS DE LA VOZ DENTRO DE PARAMETROS NORMALES , ESTRUCTURA Y FUNCION NORMAL DE ORGANOS FONOARTICULADORES.1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO Y VOCAL , 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4.HIDRATACION CON LIQUIDO A TEMEPERATURA AMBIENTE DURANTE PERIODOS PROLONGADOS DE HABLA |
| **VISIOMETRIA** | PACIENTE CON AGUDEZA VISUAL ALTERADA, DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA LABORAR, SE SUGIERE CON FILTRO SOLAR.CONTROL ANUAL |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | SATISFACTORIO, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR. CONTROL PERFIL LIPÍDICO EN 3 MESES |
| **PERFIL LIPIDICO** | SEGUIMIENTO POR EPS |
| **GLICEMIA** | NORMAL |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | SATISFACTORIO |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPENAR**

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO. SEGUIMIENTO DE DISPILIPDEIMIA POR EPS.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

| | |
|---|---|
| VISUAL | - |
| NUTRICIÓN | - |

## Información de Remisiones

OFTALMOLOGIA

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

Dr. Carlos A. Cantor H.
Médico U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B
Lic. 10293

CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA 10293
Médico Especialista en Salud Laboral

WILTON FAVIO URBANO MORENO 98354487
Firma y cédula del Paciente

**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**
Nit. 900849614 - 1
Dirección: Calle 17 # 29 – 12 Centro
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
## INGRESO

## DATOS DEL PACIENTE



Fecha **09/07/2020 08:51:00** Empresa **SENA**

Temporal

Nombre **WILTON FAVIO URBANO MORENO** Edad **48 Años**

Cargo **INSTRUCTOR** Doc. Identidad **CC 98354487**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR VALORACION CARDIOVASCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO, CUADRO HEMATICO

## CONCEPTO

SIN RESTRICCIÓN CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO EVALUADO

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SIN SINTOMATOLOGIA NI COMORBILIDADES PARA COVID 19.
USO DE EPP ADECUADO PARA RIESGO BIOLOGICO
APLICAR LOS PROTOCOLOS OFICIALES DE BIOSEGURIDAD PARA LA PROTECCION DEL CORONAVIRUS COVID 19
TEMPERATURA: 35.8°C

## RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial (X) Ergonómico (X) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO ( ) | EPS | SI ( ) | NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## CONDUCTA Y/O SUGERENCIAS

| Manejo por ARL/EPS | | Ocupacionales | | Hábitos y estilo de vida | |
|---|---|---|---|---|---|
| Control PYP EPS | (X) | Control periódico ocupacional | (X) | Dieta | (X) |
| Remisión EPS | ( ) | Higiene postural | (X) | Ejercicio regular | (X) |
| Continuar manejo médico | ( ) | Uso de elementos protecc. personal | (X) | Dejar hábito fumador | ( ) |
| Remisión ARL | ( ) | Uso de ayudas ergonómico | ( ) | Reducir consumo alcohol | ( ) |
| Optometría anual | (X) | Capacitación trabajo en alturas | ( ) | Recreación | (X) |
| Valoración en EPS | ( ) | Pausas activas | (X) | Medidas antiestasis venosos | ( ) |
| Proceso de calificación de origen en EPS | ( ) | Otro: REQUIERE CORRECCION OPTICA PERMANENTE | | Otro: DIETA BALANCEADA Y BAJAR DE PESO | |
| Odontología | ( ) | | | | |
| Titulación hepatitis | ( ) | | | | |
| Otro: | | | | | |

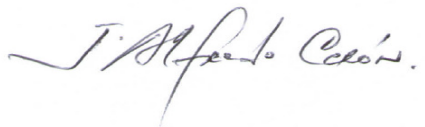
ONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los paraclínicos correspondientes para dicha valoración ocupacional. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. LEY DE

Dr Jesus Alfredo Ceron Esp. Salud Ocupacional
Lic SO: 312/2019
Rm: 9607

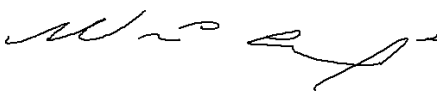
Trabajador: WILTON FAVIO URBANO MORENO
CC: 98354487
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

PROTECCION DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una comunicación a prqsf@sonarsas.com cancelando la autorizacion de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que estan autorizados.



Dr Jesus Alfredo Ceron Esp. Salud Ocupacional
Lic SO: 312/2019
Rm: 9607



Trabajador: WILTON FAVIO URBANO MORENO
CC: 98354487
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

**CENTRO VISUAL DE NARIÑO**

**FECHA: 09- julio-2020**

**NOMBRE: Wilton Favio Urbano Moreno**

**EDAD: 48**

**CEDULA: 98.354.487**

**OCUAPCION: Instructor Del Sena**

**PROCEDIMIENTO: Optometría**

**ANTECEDENTES PERSONALES: Niega**

**AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION**

**VL OD 20/100** **VP OD 20/25**

**OI 20/100** **OI 20/25**

**AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION**

**VL OD 20/20** **VP OD20/20**

**OI 20/20** **OI20/20**

**FONDOSCOPIA: Normal**

**MOTILIDAD OCULAR: Normal**

**EXAMEN EXTERNO: Pterigio a.o**

**VISION CROMATICA: Normal**

**DIAGNOSTICO: Miopía - Astigmatismo**

**CONDUCTA: requiere Corrección óptica permanente, control anual**




**RAUL PEÑA**

**Optómetra**

Héctor Dávila
Laboratorio Clínico

BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO
Universidad de Antioquia
Esp. Hematología y Banco de Sangre
Pontificia Universidad Javeriana
Esp. Materiales Peligrosos NBQR
Ministerio de Justicia y del Interior

REGISTRO NACIONAL. 1108
REGISTRO MIN.SALUD. 4355

**NOMBRE:** WILTON FAVIO URBANO MORENO **C.C:** 98354487 **FECHA:** 09/07/2020
**NUMERO DE SOLICITUD:** 315 **EDAD:** 48 AÑOS
**MEDICO:** PARTICULAR

# GLICEMIA PREPRANDIAL

**GLICEMIA PREPRANDIAL**: 108.6 mg/dl

INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA: 70 a 110 mg/dl

# PERFIL LIPIDICO

| | | |
|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL | 231 | mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 214 | mg/dl |
| H.D.L. COLESTEROL | 44,2 | mg/dl |
| V.L.D.L. COLESTEROL | 43 | mg/dl |
| L.D.L. COLESTEROL | 144 | mg/dl |
| INDICE ARTERIAL | 5,2 | |

## INTERVALO BIOLOGICO DE REFERNCIA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| COLESTEROL | Óptimo Hasta | 200 | mg/dl |
| | Moderado | 200 a 239 | mg/dl |
| | Elevado | mayor de 240 | mg/dl |
| H.D.L. COLESTEROL | Más de 35 mg/dl | | |
| L.D.L. COLESTEROL | Hasta 150 mg/dl | | |
| TIGLICEIDOS | Hasta 250 mg/dl | | |
| INDICE ARTERIAL | Hasta 5 | | |

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso
Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto
hectordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Cel.: 315 486 0018 - Pasto

# Héctor Dávila
## Laboratorio Clínico

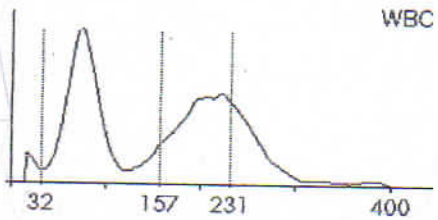
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO
Universidad de Antioquia
Esp. Hematología y Banco de Sangre
Pontificia Universidad Javeriana
Esp. Materiales Peligrosos NBQR
Ministerio de Justicia y del Interior

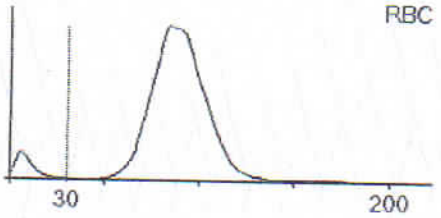
ESP HECTOR VICENTE DAVILA PAZ
HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE
U. ANTIOQUIA / U. JAVERIANA

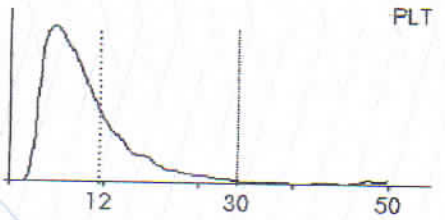
REGISTRO NACIONAL. 1108
REGISTRO MIN.SALUD. 4355


| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación de muestra | 1315 | Nombre | WILTON FAVIO URBANO MORENO |
| ID paciente | 98354487 | Fecha de Nacimiento | 00/00/0000 |
| Tipo | Humano | Sexo | Masculino |
| Fecha de análisis | 09/07/2020 07:05 AM | No. De serie: | 490005 |
| Fecha de reporte | 09/07/2020 07:14 AM | Doctor | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| WBC | 8.58 | 10³/µl | 5.00 | 11.60 |
| LYM | 3.29 | 10³/µl | 1.30 | 4.00 |
| MID | 0.04 - | 10³/µl | 0.30 | 1.00 |
| GRA | 5.25 | 10³/µl | 2.40 | 7.60 |
| LYM% | 38.3 | % | 19.1 | 48.5 |
| MID% | 0.5 - | % | 4.5 | 12.1 |
| GRA% | 61.2 | % | 43.6 | 73.4 |
| RBC | 5.48 | 10⁶/µl | 3.79 | 5.78 |
| HGB | 17.2 | g/dl | 11.5 | 17.3 |
| HCT | 49.56 | % | 34.00 | 53.90 |
| MCV | 90 | fl | 84 | 98 |
| MCH | 31.4 | pg | 27.5 | 32.4 |
| MCHC | 34.7 + | g/dl | 31.7 | 34.2 |
| RDWc | 13.9 | % | 11.1 | 14.0 |
| PLT | 221 | 10³/µl | 156 | 342 |
| PCT | 0.18 | % | 0.16 | 0.36 |
| MPV | 8.3 - | fl | 8.3 | 12.1 |
| PDWc | 38.5 | % | 37.8 | 43.6 |
| P-LCC | 58 | 10³/µl | | |
| P-LCR | 26.33 | % | | |




| | |
|---|---|
| Lisante | 0.80 ml |
| PrVW | 313/315 |
| PrVR | 360/363 |

Comentario:


Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso
Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto
hectordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Cel.: 315 486 0018 - Pasto

## Hace constar:

Que el Sr(a) WILTON FAVIO URBANO MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98354487 realizó el día 28/02/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo WILTON FAVIO URBANO MORENO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 98354487 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

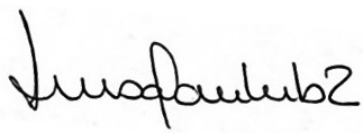
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor WILTON FAVIO URBANO MORENO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 98354487, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 20210101326611.

Esta certificación se expide a los 01 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA
Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**
**NIT 860.003.020-1**
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **WILTON FAVIO URBANO MORENO**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 98.354.487** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 655327492** aperturada el **24 de marzo de 2020** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **01** días del mes de **marzo** del año **2021**.

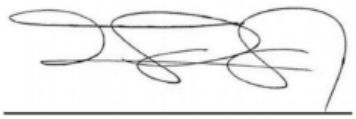
---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0655327492**
Cuenta de 16 dígitos: **0655000200327492**
Cuenta de 20 dígitos: **00130655000200327492**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| PASTO | PASTO | 41 | 41-44-101240229 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | 02 | 2021 | 26 | 02 | 2021 | 00:00 | 18 | 04 | 2022 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | URBANO MORENO, WILTON FAVIO | | CC: 98.354.487 |
| DIRECCIÓN: CALLE 16 NRO 34-19 | CIUDAD: PASTO, NARIÑO | | TELÉFONO: 3128775995 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | SERVCIO NACIONAL DE APRENDISAJE SENA CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL DE GIRARDOT CUNDINAMARCA | | NIT: 899.999.034-1 |
| DIRECCIÓN: KR 10 NRO. 30-04 | CIUDAD: GIRARDOT,CUNDIMARCA | | TELÉFONO 8335321 |
| ADICIONAL: | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO N. 2302021, CUYO OBJETO ES:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TECNICO DEL AREA AGRICOLA - AGROINDUSTRIAL - CONTROL DE CALIDAD E INOCUIDAD Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER EN EL CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 26/02/2021 | 18/04/2022 | $3,809,000.00 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******17,364.00 | $ *******8,000.00 | $ *******4,819.00 | $ **********30,184.00 | $ ********3,809,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART | NOMBRE COMPAÑIA | % PART | VALOR ASEGURADO |
| DIANA MARITZA MARTINEZ RIVAS | 91851 | 100.00 | | | |

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

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

*PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 19 NO. 24 - 52 - TELEFONO: 7226622 - PASTO*

41-44-101240229

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT 860.009.578-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

## No. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

### 1. AMPAROS.

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

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

### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

### 1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

### 1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

### 1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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



GRÁFICAS COLOMBIA LTDA . 06/15

**PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.**

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

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

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

**3. SUMA ASEGURADA.**

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

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

**LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA**, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

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

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

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

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

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

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

## 6. COMPENSACIÓN.

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

## 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

## 8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

## 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670027904 21

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

**RECIBO DE PAGO Nº:** 10000027904211

**CERTIFICAMOS QUE:**

| **FECHA** |
|---|
| 26/02/2021 04:17p.m. |

**RECIBIMOS DE:** NO MORENO WILTON FAVIO — CC. 98.354.487

**LA SUMA DE:** Treinta mil ciento ochenta y cuatro pesos .**********

**POR CONCEPTO DE:** PAGO POLIZA NRO.: 101240229

| SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTO | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| PASTO-44-101240229-0-1 | $25,365.00 | | $4,819.00 | $30,184.00 |

**FORMA DE PAGO**

Pse - $ 30,184.00

**EFECTIVO:**
**CHEQUE:**
**TARJETA:**
**BD:** 30,184.00
**OTROS:** $30,184.00

**TRANSACCION:** 0002790421

**TOTAL:** $30,184.00

**CAJERO:** PAGUESTADO

2/26/2021 4:18:29PM

172.16.10.23