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 TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA
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	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**59562-897079**
No. de documento	**27164**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA	**C.C.**	93.238.865	**IP/Nº de contacto**	86094
Correo electrónico contratista:	falopezr@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		71827242947	
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:	2258001/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**24021**	
Valor Total del Contrato	$ 38.628.334	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.628.334	**1**	**Del**	**16/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 1.668.334,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.960.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORESCO1.PCCNTR.2258001FORMACION FIC CONSTRUCCION

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.668.334	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	**$ 1.668.334**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.057.001**	**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	----------	**0**
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 V	$ -	$ 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	$ 352.334	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.057.001,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.409.334,00	
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 - 8551	4.228,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	254,00	6,000%
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	**$ 1.663.852,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Número Ficha Titulada: 2141812 N° Matriculados: 22 Nombre: TECNICO EN CONSTRUCCION DE ESTRUCTURAS EN GUADUA
2. Ciudad Formación: IBAGUE Sitio de Formación: VIRTUAL - FINCA ALTAMIRA B.MARTINICA PARTE BAJA
3. Horario de Formación: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes 2:00 p.m. a 10:00 pm. sábados practica técnica Total 40Hrs Sem
4. Vocero Aprendices: Laura Ramírez Celular: 3214807041
5. Competencia Técnica Desarrollada FEB 2021 REPLANTEAR TERRENO DE ACUERDO A NORMAS, PLANOS Y ESPECIFICACIONES
6. Resultados de Aprendizaje Desarrollado FEB 2021 VERIFICAR LA EXACTITUD Y ESTABILIDAD DE LOS PUNTOS GUÍAS DE ACUERDO CON LAS ESPECIF DETERMINAR CANTIDADES DE OBRA, MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPOS SEGÚN EL TIPO DE PROYECTO A EJECUTAR.
7. Técnicas o Estrategias Pedagógicas: análisis y solución de problemas, trabajo en equipo, recolección de información.
8. Estado de las Transversales: ejecutadas-SST-INGLES nivel1-ED. FISICA-MATEMATICAS-LECTOESCRITURA, en ejecución: ETICA-INGLES nivel2

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.

FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA
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,

JULIAN RENE CUELLAR BURITICA
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

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Bogotá, Marzo 4 de 2021

Señor:
LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
CC. 93238865
MZ 35 CA 5 JORDAN 8 ET - 2789784
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR	93238865	C	Jul-1-2017	56	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA	93238865	Trabajador Independiente	CERRADO
FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA	93238865	Trabajador Independiente	CERRADO
FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA	93238865	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR** identificado(a) con **CC** número **93.238.865** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de julio de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de marzo de 2021.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202103041653

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14736259344

(415)7707212489984(8020) 000001473625934 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 2 3 8 8 6 5	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 2 3 8 8 6 5	2 0 0 3 0 4 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	REINA	FABIO	ALDEMAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 35 CA 5 BRR JORDAN ET 8

42. Correo electrónico: arqfabiolopez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 8 9 7 8 4	3 1 6 8 7 9 3 9 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 1 1 1	2 0 1 2 1 1 1 6	8 5 5 1	2 0 1 7 0 8 0 1	7 1 1 2			2 1 4 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 26 / 22 : 23: 51

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 LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

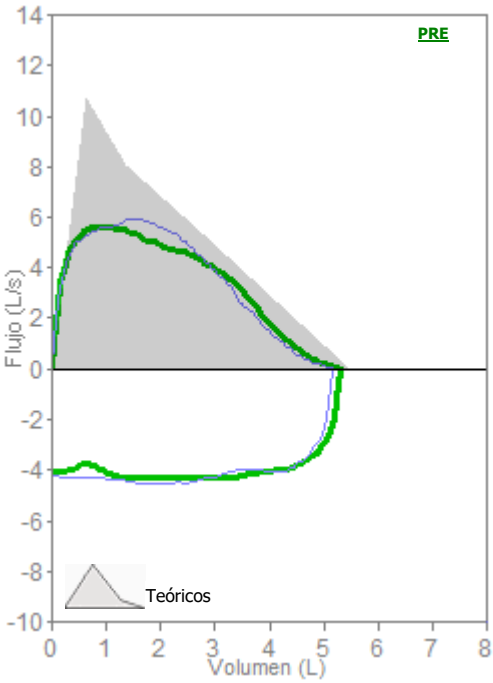
SALUD OCUPACIONAL REGIONAL S.A.S. (SORE)

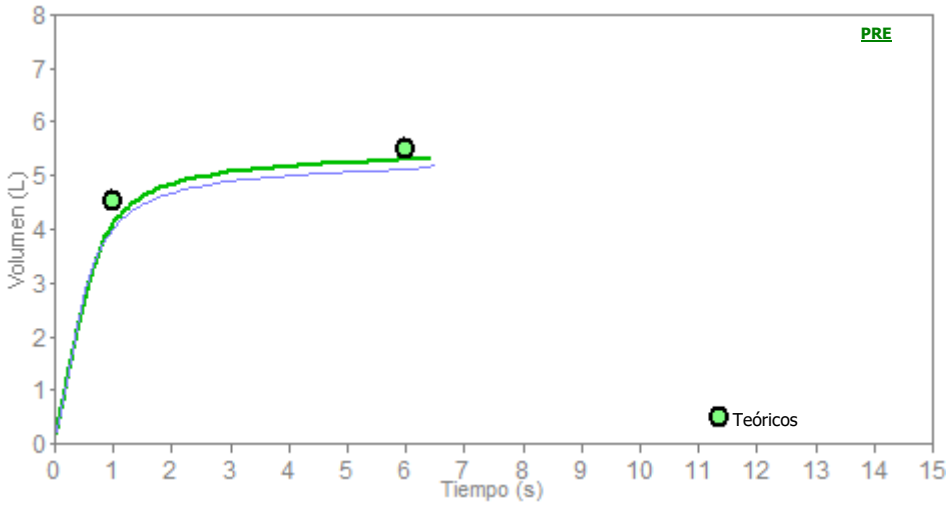
DOCTORA SANDRA PATRICIA POMAR
REGISTRO PROFESIONAL 3731

Fecha de visita 5/07/2019

Cód. paciente	93238865	Edad	34
Apellido	LOPEZ REINA	Género	Masculino
Nom.	FABIO ALDEMAR	Altura, cm	180
Fecha de nacimien	1/02/1985	Peso:, kg	84
Grupo étnico	Mejicano-Americano	BMI	25,93
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			







Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1=0,07L (1,72%), FVC=0,12L (2,3%

1 Acceptable trials

Interpretación



Espirometría normal

Fecha prueba PRE 5/07/2019 9:18:03 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	4,57	5.50	5,33*	97	-0.30	5,33	5,21		*		
FEV1	L	3,74	4.53	4,15*	92	-0.79	4,15	4,08		*		
FEV1/FVC	%	73,5	82.6	77,9*	94	-0.85	77,9	78,3		*		
PEF	L/s	8,02	10.74	5,99*	56	-2.87	5,70	**5,99**		*		
ELA	años		34	47	138		47	49				
FEF2575	L/s	2,97	4.73	3,95	83	-0.73	3,95	3,94				
FET	s		6.00	6,40	107		6,40	6,51				
FIVC	L	4,57	5.50	9,75	177	7.51	9,75	9,63				
FEV1/VC	%	73,5	82.6									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank G-USB S/N 807854
Calibración 27/11/2018 2:48:57 p. m.

EXÁMEN DE CAPACIDAD VISUAL

Adaptado a la resolucion 2346 de 2007 y 1918 de 2009

VISIOMETRÍA ☐ OPTOMETRÍA ☒

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRE... **CIUDAD:** IBAGUÉ **TIPO:** INGRESO

APELLIDOS: LOPEZ REINA **NOMBRES:** FABIO ALDEMAR **FECHA:** 2019-07-05 09:08:26

DOCUMENTO: 93238865 **TIPO DE DOCUMENTO:** Cédula **EDAD:** 34

FECHA DE NACIMIENTO: 1985-02-01 **CARGO:** INSTRUCTOR SENA

ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA: 2 AÑOS **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** ARQUITECTO 6

ANTECEDENTES

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONEALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES	SI	NO	ACUMULADO EN AÑOS	USO PROTECCIÓN VISUAL
QUÍMICOS (Humos - gases - vapores - polvos)	X		6	SI
RADIACIÓN (Ultravioleta, infrarroja, RX, hornos)	X		6	SI
MECÁNICOS		X	-	-
USO VIDEO TERMINALES	X		6	SI
ILUMINACIÓN INADECUADA	EXCESIVA		6	SI
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (individuo)	X		6	SI
RIESGO BIOLÓGICO		X	-	-

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL
ENFERMEDADES		X	-
TRATAMIENTOS		X	-
MEDICAMENTOS		X	-
SINTOMATOLOGÍA OCULAR		X	-
PATOLOGÍA OCULAR		X	-
CIRUGÍA OCULAR		X	-
PROBLEMAS / REFRACCIÓN		X	Astigmatismo
TIEMPO / EVOLUCIÓN	AÑOS		12
USA CORRECCIÓN		X	Ocasional
TIPO DE CORRECCIÓN	☐ Lentes de contacto	☒ Gafas	☐ Ambos

VALORACIÓN FÍSICA		C. Anteojos	S. Ant.
Agudeza visual lejos	**OD**	NO TRAE RX	20/40
	OI	NO TRAE RX	20/50
Agudeza visual cerca	**OD**	20/	20/25
	OI	20/	20/30-
Hallazgos Seg. Anterior	**OD**	-	NORMAL
	OI	-	NORMAL
Balance muscular		-	NORMAL
Visión Periférica	**OD**	-	NORMAL
	OI	-	N0RMAL
Visión de profundidad		-	NORMAL
Visión de colores		-	NORMAL

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA

OFTALMOSCOPIA	MEDIOS REFRIGERANTES	POLO POSTERIOR	REFRACCIÓN
OD	MEDIOS TRANSLÚCIDOS	APARENTE/. NORMAL	N-0.75X160
OI	MEDIOS TRANSLUCIDOS	APARENTE/. NORMAL	N-2.00X30

EXÁMEN DE CAPACIDAD VISUAL

Adaptado a la resolucion 2346 de 2007 y 1918 de 2009

QUERATOMETRÍA

OD **OI** **MIRAS**

RESULTADO ***DIAGNÓSTICO***

Rx final		**Av**
OD	N-0.75X160	20/20
OI	N-2.00X30	20/20
ADD		

[ ] DP (lejos)

[ ] DP (cerca)

Emetropía

Ametropía ASTIGMATISMO

[ ] Corregido [ ] Sin corrección

[x] Parcial corregido [ ] No requiere RX

DISPOSICIÓN

VERIFICAR LENTES EN USO

RECOMENDACIONES

[x] Control periódico [x] Higiene visual [ ] Ortóptica

[x] Protección ocular [ ] Optometría [ ] Oftalmología

FIRMA PACIENTE _____

SANDRA LILIANA HERRERA RODRIGUEZ

RM. 14814-87

AUDIOMETRÍA

Admisión: 77821 **Código de admisión del servicio: 368268**

FECHA: 2019-07-05 08:10:32
EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
TIPO DE EXÁMEN: INGRESO
NOMBRE: FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA
EDAD: 34
TIPO DE DOCUMENTO: CÉDULA
DOCUMENTO: 93238865
CARGO: INSTRUCTOR
ÁREA: CONSTRUCCION
ANTIGUIEDAD:
REPOSO AUDITIVO: SI
CABINA: SI
AUDIOCUPS:

A. ANTECEDENTES PERSONALES

ONTOLÓGICOS

OTALGIA	NO
OTITIS	NO
OTORREA	NO
OTORRAGIA	NO
PRURITO	NO
SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO	NO
VÉRTIGO	NO
TINNITUS	SI
HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO
OTROS	NO

QUIRÚRGICOS

CIRUGÍA DE OÍDO	NO
TIMPANOPLASTIA	NO
OTROS	NO

PATOLÓGICOS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO
DIABETES	NO
RINITIS - SINUSITUS	NO
OTROS	NO

EXTRALABORALES

TEJO	NO
MOTO	NO
DISCOTECA	NO
MÚSICA INTRACANAL	NO
SERVICIO MILITAR	NO
POLÍGONO	NO
INSTRUM. MUSICAL	NO
OTROS	NO

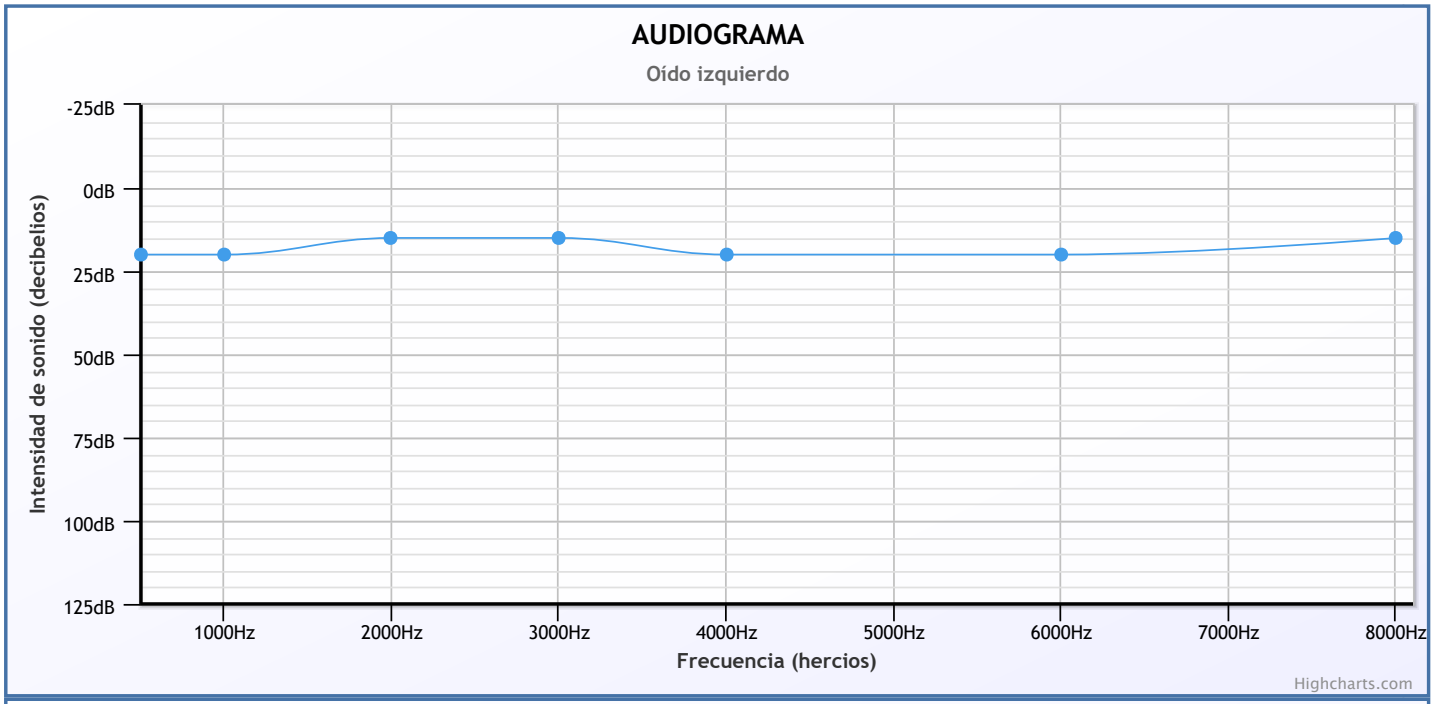
OTOSCOPIA

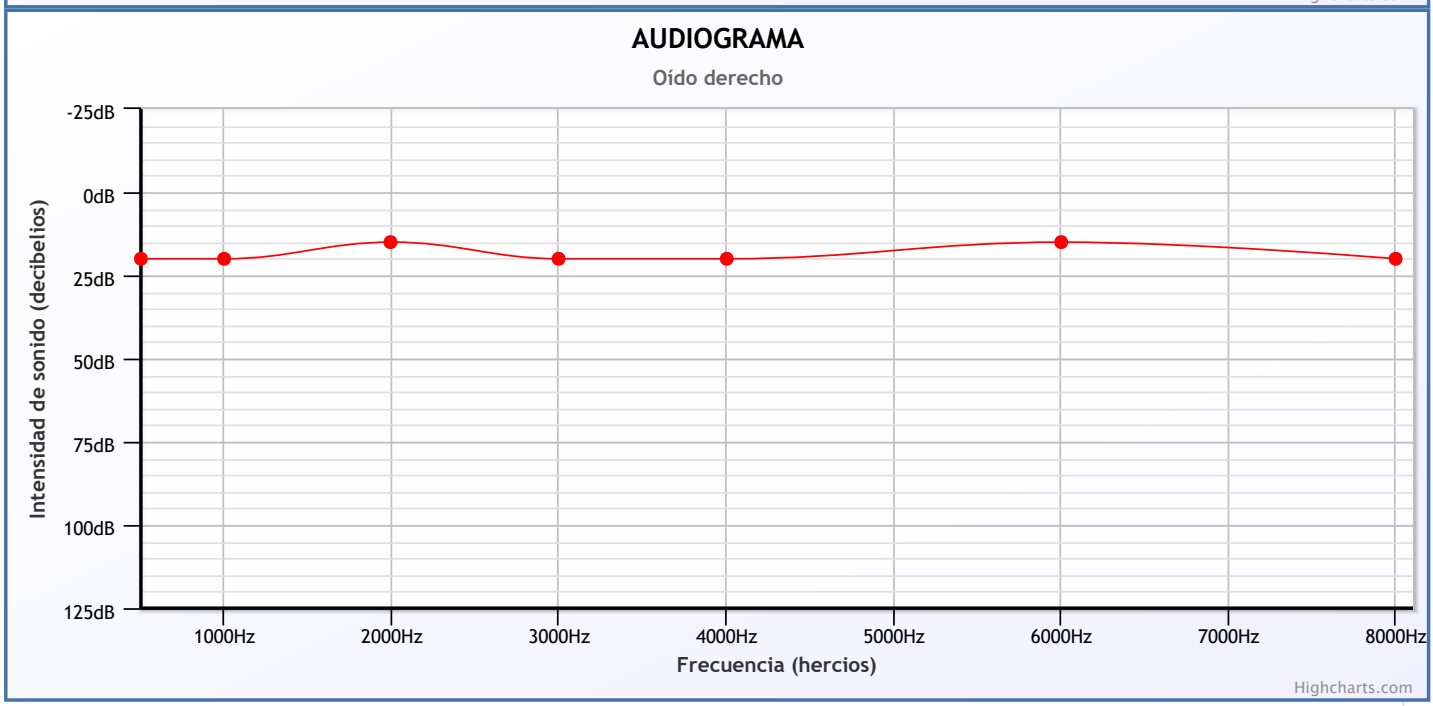
OÍDO DERECHO: NORMAL
OÍDO IZQUIERDO: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA: -
CARGO: -
TIEMPO: -
PROTECCIÓN AUDITIVA: -

C. EVALUACIÓN





E. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO DESCRIPTIVO

OÍDO IZQUIERDO:
OÍDO DERECHO:
AUDICIÓN BILATERAL: NORMAL

F. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO GATISO

N: Normal, L: Leve, M: Moderado, S: Servero, P: Profundo

500	NORMAL	NORMAL	NORMAL

1000	NORMAL	NORMAL	NORMAL
2000	NORMAL	NORMAL	NORMAL
3000	NORMAL	NORMAL	NORMAL
4000	NORMAL	NORMAL	NORMAL
6000	NORMAL	NORMAL	NORMAL
8000	NORMAL	NORMAL	NORMAL

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

- [x] Control según SVE
- [ ] Audiometría confirmada
- [ ] Exámenes complementarios
- [x] Reposo auditivo extralaboral
- [x] E.P.P. Auditivo según SVE
- [ ] Valoración control por orl
- [ ] Limpieza Ótica



IRIAN NAYIVE ALDANA MOLINA
R.M. 2480 Licencia:1360

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

02714282

Paciente : LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
Historia : 93238865
Identificación : 93238865
Edad/Sexo : 34 / M
Telefono : ,
Remisión : 02714282

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-07-05 08:15:24
Fecha Impresión : 2019-07-05 11:26:32.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
Hemograma Tipo III - Método Automático				
Recuento de Eritrocitos	**5.12**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**15.7**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**49.40**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**96**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**30.7**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**31.8**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**14.0**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**326**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**7.6**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**34.5**			
Plaquetocrito	**0.25**			
Recuento de Leucocitos	**6.45**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**46.8**	%		
% Linfocitos	**47.7**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**5.5**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**3.02**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**3.07**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.36**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:58

Validado por:

JERSON DAVID PACHECO LLANEZ
BACTERIOLOGO
T.P. 1090431722

QUIMICA
Glucosa
-

Glucosa	**93.40**	mg/dl	70 -	105 mg/dL

Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **informes@bioanalisisibague.com** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

02714282

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

Paciente : LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
Historia : 93238865
Identificación : 93238865
Edad/Sexo : 34 / M
Telefono : ,
Remisión : 02714282

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-07-05 08:15:24
Fecha Impresión : 2019-07-05 11:26:32.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Triglicéridos			
Trigliceridos	**242**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
Técnica:Colorimetrica enzimatica			
Observaciones:	**DATO CONFIRMADO.**		
Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57			
Colesterol Total			
Colesterol			
RESULTADO	**268.0**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Técnica: Colorimetrica Enzimática			
Observaciones	**DATO CONFIRMADO.**		
Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**42.47**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57			

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **informes@bioanalisisibague.com** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

02714282

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

Paciente : LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
Historia : 93238865
Identificación : 93238865
Edad/Sexo : 34 / M
Telefono : ,
Remisión : 02714282

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-07-05 08:15:24
Fecha Impresión : 2019-07-05 11:26:32.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático

Colesterol de Baja Densidad - LDL	**177.13**	mg/dl	

Hasta 100 mg/dL OPTIMO
100-129 mg/dL CASI OPTIMO
130-159 mg/dL MODERADO
160-189 mg/dL ELEVADO
> 190 mg/dL MUY ELEVADO

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57

Colesterol VLDL

Colesterol VLDL	**48.40**	mg/dl	5 - 40

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57

Indice Arterial

Indice Arterial	**6.3**		Hasta 5

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 09:57

Validado por:

ALEJANDRA JINETH OCHOA
BACTERIOLOGA
T.P. 1101756194

UROANALISIS

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **informes@bioanalisisibague.com** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Laboratorio Clínico bioanalisis Ibague E.U.
NIT. 900269973-1

02714282

Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 -2669290 Cel: 3125015816
E- mail: bioanalisisibague@gmail.com

Paciente : LOPEZ REINA FABIO ALDEMAR
Historia : 93238865
Identificación : 93238865
Edad/Sexo : 34 / M
Telefono : ,
Remisión : 02714282

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SORE (SALUD OCUPACIONAL F
Fecha Recepción: 2019-07-05 08:15:24
Fecha Impresión : 2019-07-05 11:26:32.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
UROANALISIS			
Uroanálisis [Citoquímico de Orina]			
UROANALISIS			
ANALISIS FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**LIGERAMENTE TURBIO**		
PH	**6.0**		
Densidad	**1.030**		
Glucosa	**NEGATIVO**		
Proteinas	**NEGATIVO**		
Cetonas	**NEGATIVO**		
Bilirrubinas	**NEGATIVO**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
Sangre (Hemoglobina)	**NEGATIVO**		
Nitritos	**NEGATIVO**		
Leucocitos	**NEGATIVO**		
ANALISIS MICROSCOPICO			
Células epiteliales	**1 - 3**	/campo	
Leucocitos	**2 - 5**	/campo	
Eritrocitos	**Negativo**	/campo	
Bacterias	**+**		
Moco	**+++**		
Piocitos	**Negativo**	/campo	

Fecha / Hora Validado : 2019-07-05 / 10:14

Validado por:

PAOLA LIZETH OLIVEROS CHIA
BACTERIOLOGA
T.P 1152206362

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el **Laboratorio Clínico BIOANALISIS IBAGUE E.U.** no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico **informes@bioanalisisibague.com** o a través del teléfono **(8) 265 77 83**, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Dra. IRIAN NAYIVE ALDANA M.
Fonoaudióloga
Especialista en Administración de Salud Ocupacional
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Lic. S.O. 1360
Cel. 313434 52 31

HISTORIA OCUPACIONAL DE LA CAPACIDAD VOCAL

CIUDAD: Ibagué FECHA: Julio 5-19

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE: Fabio Aldemar López R. CÉDULA: 93.238865
EDAD: 34a OCUPACIÓN Instruct ANTIGÜEDAD EN EL CARGO 2a
EMPRESA: Sena

2. TIPO DE EXAMEN

INGRESO _____ PERIÓDICO 1 RETIRO _____

3. ANTECEDENTES

a. Médicos quirúrgicos (Endocrinos, Respiratorio, Gastroenterológicos, Neurológicos, Audiológicos, Alérgicos, otros. Cuál.
b. Farmacéuticos no
c. Hábitos no
d. Ocupacionales no
e. Familiares no
f. Ambientales no
g. Tratamientos fonoaudiológicos Previos no

4. POSTURA Y TONICIDAD

a. POSTURA ESTÁTICA

I. Vista anterior: Adecuada ✓ _____ a Derecha _____ a izquierda
II. Vista lateral: Adecuada ✓ _____ a Derecha _____ a izquierda

TONICIDAD

Dinámica (cabeza, cuello y hombros)

Flexión	Adecuada	✓	Insuficiente		Nulo	
Extensión	Adecuada	✓	Insuficiente		Nulo	
Flexión lateral	Adecuada	✓	Insuficiente		Nulo	
Rotación	Adecuada	✓	Insuficiente		Nulo	
Sentado	Adecuada	✓	Insuficiente		Nulo	

Observaciones:

Palpación (Cabeza, Cuello y Hombros)

General	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Suprahioidea	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Infrahioidea	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Cervical	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Escapular	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
M. Tirohidea	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Tensión Laríngea	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	
Altura laríngea	Adecuada	✓	Hipertónica		Hipotónica	

5. RESPIRACIÓN

5.1 Respiración en Reposo:	Oral ____	Nasal ✓	Mixta ____
5.2 Respiración en Fonación:	Oral ____	Nasal ____	Mixta —
5.3 Tipo Respiratorio:	Oral ____	Nasal ____	Mixta —
5.4 Coordinación Fonorespiratoria:	Adecuada ✓	Alterada ____	Muy alterada ____
5.5 Ciclo Respiratorio:	Nasal-Nasal ____	Bucal-Bucal ____	Mixto —
5.6 Prueba de Glatzer			
5.6.1 En Reposo (Existe escape nasal de aire)		Si ____	No ✓
5.6.2 En Fonacio (Existe escape nasal de fonación)		Si ____	No —

PARÁMETROS VOCALES

	Si	No
Carraspeo		✓
Tos		—
Variación de la voz		—
Fatiga vocal		—
Quiebres tonales	✓	
Intensidad alta		—
Intensidad baja		—
Tono agudizado		—
Tono agravado		—
Nasalización		—
Otros		—

Observaciones:
Hidratacion Constante.

6.2 Sonato - sensoriales

	Si	No
Sensación de cuerpo extraño		✓
Sed o resequedad		—
Sensación de opresión en el cuello		—
Ardor		—
Acidez		—
Ahogo		—
Cambios en la consistencia de la saliva		—
Otros		—

6.

7.1 Emisión:	Normal ✓	Disfonía ____	Afónica ____
7.2 Intensidad:	Adecuada ✓	Fuerte ____	Débil ____
7.3 Altura tonal:	Adecuada ✓	Aguda ____	Grave ____
7.4 Extensión tonal:	Adecuada ✓	Redeucida ____	Variable ____
7.5 Ataque vocal:	Normal ✓	Duro ____	Soplado ____
7.6 Apertura bucal:	Adecuada ✓	Aumentada ____	Escasa ____
7.7 Temblor de voz:	Ausente ✓	Presente ____	

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO:
Parametros Vocales en limites Normales

RECOMENDACIONES:

FIRMA FONOAUDIOLOGA

FIRMA DEL PACIENTE

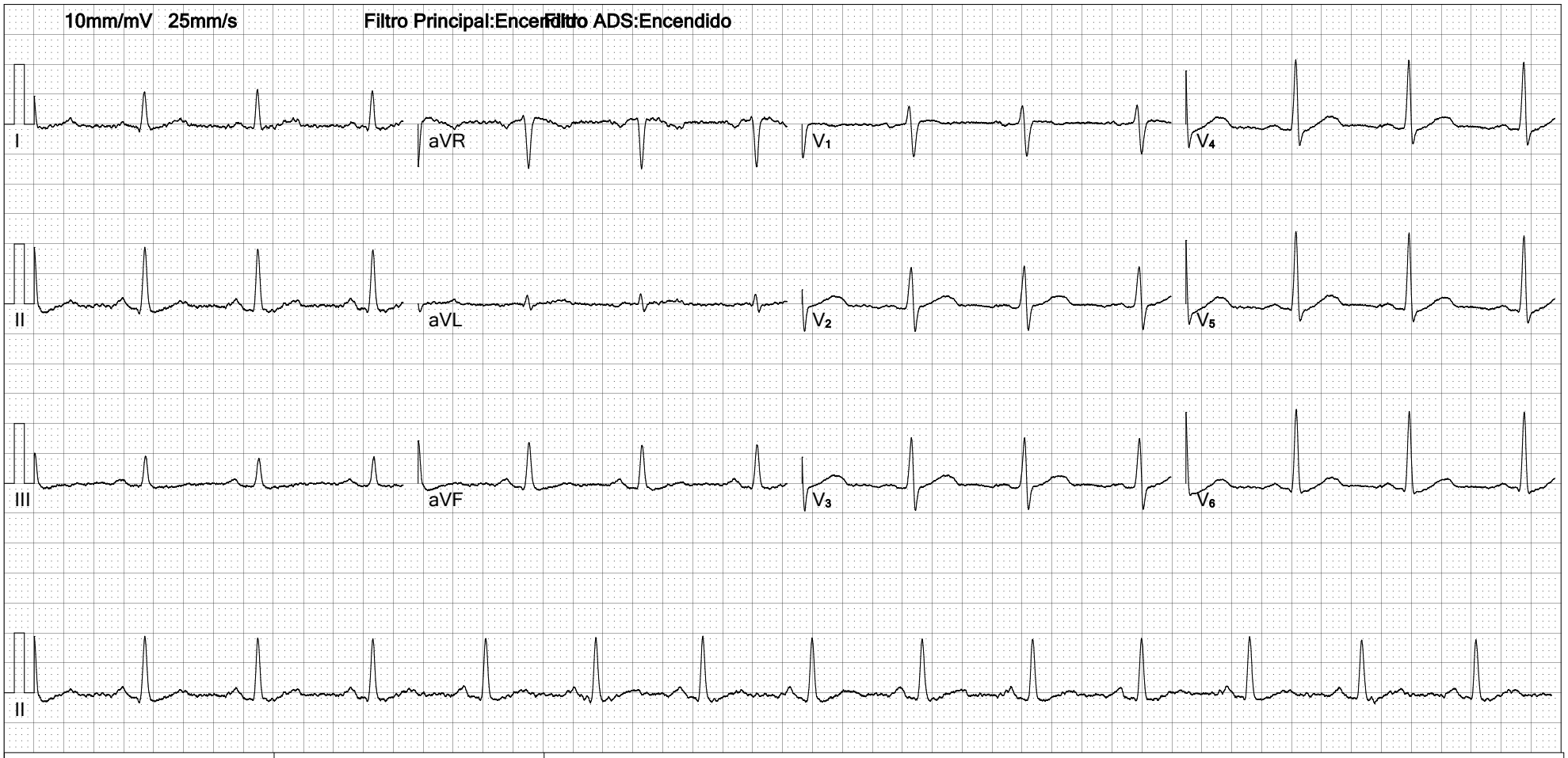
ECG

SALUD OCUPACIONAL REGIONAL SAS SORE

AV FERROCARRIL 41-46 - Tel :2647277

Nombre :FABIO LOPEZ ID : Sexo :Masculino Edad :34 NACIO :02-01-1985 Fecha de estudio :07-05-2019 09:04

Case #: Investigation #: Médico Referenciado: JULIO CESAR GUERRERO CASTRO



Frequence :	1000 Hz	Intervalo QT :	353 ms
Tiempo De Muestra :	20 s	Intervalo QTc :	410 ms
Frecuencia cardiaca :	81 bpm	Eje P :	66.4°
Duración P :	115 ms	Eje QRS :	61.9°
Duración QRS :	85 ms	Eje T :	37.4°
Duracion T :	238 ms	RV5/SV1:	1.23/0.51mV
Intervalo PQ :	172 ms	RV5+SV1:	1.74mV

Suggestion :

Total Beats 28, Normal Beats 28,*** Normal ECG,

Physician Signature:

Hace constar:

Que el Sr(a) FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93238865 realizó el día 26/02/2021 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 FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93238865 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:

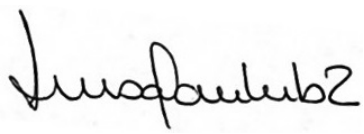
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93238865, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 16/02/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 con riesgo 5.

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): 20210101388863.

Esta certificación se expide a los 04 días del mes de Marzo de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 27 de Enero de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIO ALDEMAR LOPEZ REINA identificado(a) con CC 93238865, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	71827242947	2014/07/05	ACTIVA

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

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

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

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
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-44-101163940	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	02	2021	15	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
LOPEZ REINA, FABIO ALDEMAR	CC: 93.238.865

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
MZA 35 CASA 5 JORDAN 8	IBAGUE, TOLIMA	3168793918

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA	IBAGUE, TOLIMA	0

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 No.CO1.PCCNTR.2258001 DE 2021, CUYO OBJETO ES: Prestacion de servicios profesionales para impartir formacion titulada y/o complementaria en las modalidad presencial, dentro de los programas FIC CONSTRUCCION - CONSTRUCCION y/ o Programas afines a su perfil en el Centro de Industria y Construccion en la vigencia 2021.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/02/2021	30/04/2022	$3,875,666.70

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,875,666.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	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 CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101163940

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-44-101163940	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	02	2021	15	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
LOPEZ REINA, FABIO ALDEMAR	CC: 93.238.865	MZA 35 CASA 5 JORDAN 8	IBAGUE, TOLIMA	3168793918

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION DEL TOLIMA	NIT: 899.999.034-1	CR 45 SUR NRO. 141 - 05 SECTOR PICALEÑA-CONTIGUO CASA	IBAGUE, TOLIMA	0

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 999595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Cafam · Colsubsidio

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,875,666.70	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	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 CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11000617471273 (3900) 000000033320 (96) 20220215

REFERENCIA PAGO:

1100061747127-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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 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 LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

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 _____.