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 SANTANDER
CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER
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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**58194-787948**
No. de documento	**41988**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN VICENTE PINZON PRADA	**C.C.**	91.102.629	**IP/Nº de contacto**	73876
Correo electrónico contratista:	jvpinzon9@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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32240131063

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: 2288782/2021 **Nº Compromiso SIIF** **28521**

Valor Total del Contrato	$ 35.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.100.000	**1**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.200.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada y/o complementaria en el área de Construccion FIC en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.591.550**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8611516079**	Valor Base retención en la fuente	2.591.550,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 863.850		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. FORMACION TITULADA Ficha No 2066684 Técnico Mantenimiento y reparación de edificaciones.
1.1 Reparar e instalar redes sanitarias conforme a planos especificaciones, trazado y normas. 45 horas
1.2 Implementar procedimientos seguros en el armado de andamios, trabajo en alturas. 40 horas.
1.3 Utilizar elementos de seguridad para trabajo seguro en altura según normativa vigente. 25 horas
2. FORMACION TITULADA Ficha No 2024942 Técnico Mantenimiento y reparación de edificaciones.
2.1 Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo. 18 horas
3. ACTIVIDADES ADICIONALES
3.1 Seguimiento etapa productiva a la ficha No 1966687, 1966833 26 horas.
Total 154 horas

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.

JUAN VICENTE PINZON PRADA
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,

MARIA LILIANA AGUAS SANCHEZ
INSTRUCTOR G10

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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JUAN VICENTE PINZON PRADA
IDENTIFICACION:	CC-91102629
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-03-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-03-08
FECHA DE PAGO:	2021-03-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	8611516079
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8661837173
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 914.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.300	$ 114.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 914.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 146.300	$ 146.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 914.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 4.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 265.400	$ 265.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/04/2021

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14529527107

(415)7707212489984(8020) 000001452952710 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 1 0 2 6 2 9	1	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 1 1 0 2 6 2 9	1 9 8 0 1 1 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	PRADA	JUAN	VICENTE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal: CR 16 18 67

42. Correo electrónico: juvicentep@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 5 7 8 3 0 5	

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
8 5 4 2	2 0 1 5 0 2 0 2	4 1 1 1	2 0 0 8 1 0 0 1		8 5 4 3	7 7 1 0	2 3 1 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 2019 - 05 - 23

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:

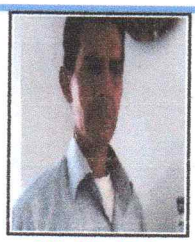
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.470

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	11 MES	2020 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	CERTIFICACION PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PINZON PRADA JUAN VICENTE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	58 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	91102629 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR DEL SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL (INGRESO,PERIODICO,EGRESO) ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : EN EL PUESTO DE TRABAJO	HABITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES DIA	HACER DEPORTE : MINIMO 30 MINUTOS DIA POR CINCO DIAS A LA SEMANA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID 19, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ES APTO PARA REALIZAR EL CURSO DE ALTURAS Y PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADO.

EN LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SE VALIDARON LAS RESPUESTAS DADAS POR EL USUARIO EN LA ENCUESTA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PARA ENFERMEDAD POR COVID-19 DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y SE REALIZÓ TOMA DE TEMPERATURA CORPORAL, EN SU INTERROGATORIO NEGÓ SINTOMATOLOGIA O CONTACTO EPIDEMIOLÓGICO QUE HICIERA SOSPECHAR DICHA CONDICIÓN NOSOLÓGICA, AL EXAMEN FÍSICO NO SE ENCONTRÓ EVIDENCIA DE ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO, EN EL MARCO DE LA ACTUAL PANDEMIA, PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL SAR -COV -2 Y LA ENFERMEDAD COVID-19, EN ATENCIÓN A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA A LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEFINIDAS EN LA RESOLUCIÓN 0666 DE 2020 Y LAS ACLARACIONES DADAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 030 DE 2020. SE DEBE TENER EN CUENTA QUE EL EVALUADO NO PRESENTA NINGUNA PATOLOGÍA O CONDICIÓN PRE EXISTENTE, DE ALTO RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE POR COVID-19. QUE GENERE LIMITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SIN EMBARGO, SU ACTUAL ESTADO DE SALUD NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DÍAS POSTERIORES PUEDA PRESENTAR INFECCIÓN POR SARS -COV -2, CASO EN EL CUAL DEBERÁ REALIZARSE UNA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA DEFINIR EL MANEJO.

Médico

Firma:

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla
Médico y Cirujano
Reg. 01419 S.S.S.
Espec. en Salud Ocupacional
Resolución 00-4584 S.S.S.

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 02437 SSS

Código de Seguridad

L198R1X15470

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PINZON PRADA JUAN VICENTE

CC: 91102629

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) 19/50/2018 - 04:50 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTOR
Nombres y Apellidos: PINZON PRADA JUAN VICENTE **:CC** 91102629 **de** SAN GIL **Fecha de Nacimiento:** 06/04/1962 12:00
Edad: 57 AÑOS 10 M **Lugar de Nacimiento:** SOCORRO (SANTANDER, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 16 NO 18 67
Estudios: TECNÓLOGO **Estado Civil:** CASADO(A) **E.P.S:** MEDIMAS **A.F.P:** COLPENSIONES **A.R.L:** POSITVA

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

Scanned by CamScanner

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

MÉDICO

Firma:

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 02437 SSS

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: PINZON PRADA JUAN VICENTE

CC 91102629

Scanned by CamScanner

AL

SENA
DIRECCION GENERAL

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha de diligenciamiento		Tipo de examen	Pre empleo	Cambio de cargo	Trabajo en alturas
Día / Mes / Año	Hora		Periódico	Post incapacidad	Manipulación de alimentos
23/02/2018	11:00		Retiro	Consulta general	

BRIGADISTA

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de identificación				Numero de identificación	Sexo	
NUIP	CC X	TI	CE	91102629	F	M

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Juan	Vicente	Pinzón	Prada

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Cargo al que aspira o actual	Instructor.	Tiempo en el cargo	
Centro al que pertenece		Dependencia	

CONCEPTO

Pre empleo y Cambio de cargo	☐	Apto para el cargo
	☐	Apto con recomendaciones para el cargo
	☐	Apto con restricciones para el cargo
	☐	Aplazado
	☐	No apto para el cargo
Periódico y Post Incapacidad	☐	Satisfactorio
	☐	No satisfactorio

Trabajo en alturas	☒	Apto	**Manipulación de alimentos**	☐	Apto
	☐	No apto		☐	No apto
	☐	Aplazado		☐	Aplazado

Retiro	☐	No	☐	Si	Se retira con enfermedad general
	☐	No	☐	Si	Se retira con enfermedad profesional
	☐	No	☐	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente común
	☐	No	☐	Si	Se retira con secuelas derivadas de accidente de trabajo

Requiere valoración o exámenes adicionales?	☐	Psicología ocupacional	☐	Médico especialista
	☐	Médico general	☐	Examen adicional

RECOMENDACIONES / PLAN DE MANEJO

USO EPP - PRACTICAS DE HIGIENE POSTURAL - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Control anual por optometria

RESTRICCIONES / OBSERVACIONES

ES APTO para ALTURAS y para BRIGADISTA

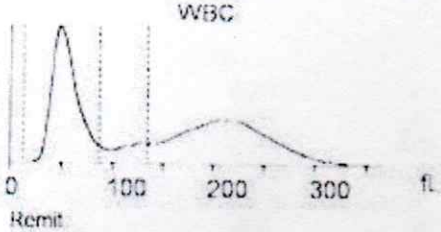
Aspirante o trabajador:		**Nombre Médico:**	CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO
Nombre	Juan Vicente Pinzón P.	**Firma**	
Firma		**Sello**	LICENCIA S.O. 15828 S.S.S.
No. de identificación	91102629		

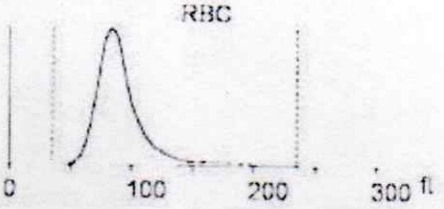
CLINISALUD CLINICAS EN SALUD IPS

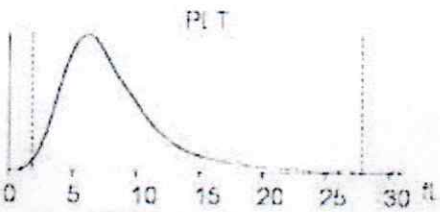
Nomb. JUAN VICENTE PINZON
ID muestr 1
Departam
Modo Sangr comp Sexo Homb Edad 55 Años Hora análisis 29/01/2019 11:15

ID pac 91.102.629
Nº cama

Items análisis		Result	Unid	Rango ref
WBC		5.6	10^9/l	5.0 - 10.0
Lymph#		2.3	10^9/l	0.8 - 4.0
Mid#		0.5	10^9/l	0.1 - 1.5
Gran#		2.8	10^9/l	2.0 - 7.0
Lymph%	A	40.5	%	20.0 - 40.0
Mid%	A	9.5	%	1.0 - 9.0
Gran%		50.0	%	50.0 - 70.0
RBC		4.69	10^12/l	4.00 - 5.50
HGB		13.4	g/dl	12.0 - 18.0
HCT		43.1	%	40.0 - 54.0
MCV		91.8	fl	80.0 - 100.0
MCH		28.6	pg	27.0 - 34.0
MCHC	B	31.1	g/dl	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.5	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		45.4	fl	35.0 - 56.0
PLT		285	10^9/l	150 - 450
MPV		8.4	fL	6.5 - 12.0
PDW		15.5		9.0 - 17.0
PCT		2.39	mL/L	1.08 - 2.82
P-LCC		66	10^9/l	30 - 90
P-LCR		23.2	%	11.0 - 45.0







Remit
Comprob
Hora entrega
Coments

Anali
Hora muestreo
Hora impres 29/01/2019 11:15

Service

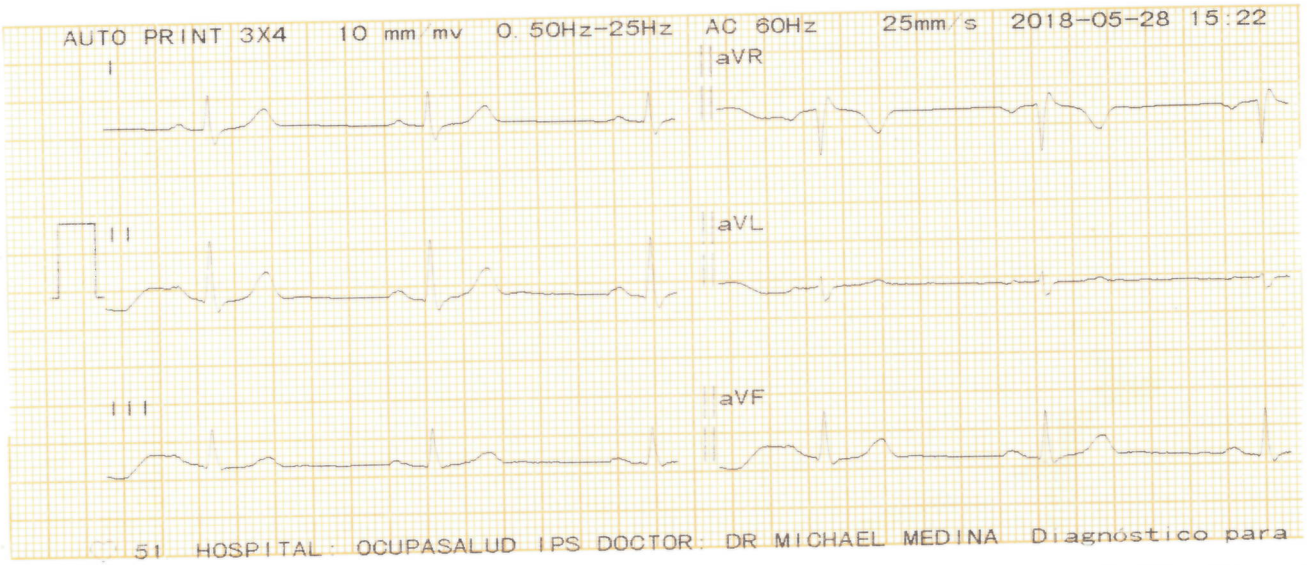
【Este result solo se puede aplic a la muestra de la cual se produce 】

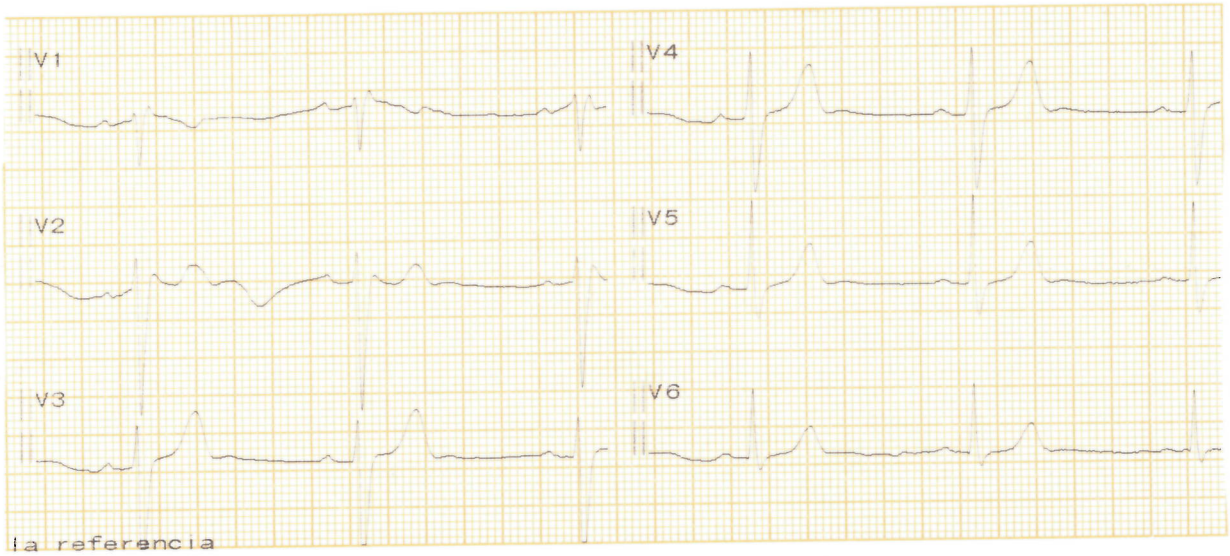
91102629

ID	T805280000		
NOMBRE	Juan Vicente Pinzon	BP	mmHg
EDAD	56 yr	GENERO	Masculino
ALTURA	1.67 cm	PESO	62 kg

HR	51 bpm
P Dur	111 ms
PR Int	175 ms
QRS Dur	115 ms
QT QTC Int	414 382 ms
P QRS T axis	58 83 58 °
RV5 SV1 amp	1.090 0.624 mV
RV5+SV1 amp	1.714 mV
RV6 SV2 amp	0.849 1.595 mV

67 lat/min





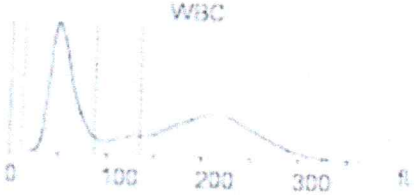
la referencia

CLINISALUD CLINICAS EN SALUD IPS

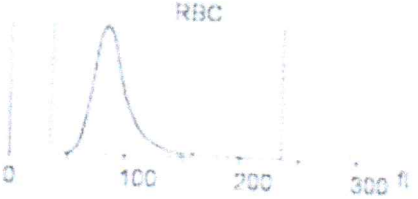
Nomb. JUAN VICENTE PINZON
ID muestr 1
Departam
Modo Sangr comp Sexo Hombr
ID pac 91 102 629
Nº cama
Edad 56 Años Hora analisis 29/01/2019 11:15

Items análisis		Result	Unid	Rango ref
WBC		5.6	10^9/l	5.0 - 10.0
Lympho#		2.3	10^9/l	0.8 - 4.0
Mid#		0.5	10^9/l	0.1 - 1.5
Gran#		2.8	10^9/l	2.0 - 7.0
Lympho%	A	40.5	%	20.0 - 40.0
Mid%	A	9.5	%	1.0 - 9.0
Gran%		50.0	%	50.0 - 70.0
RBC		4.69	10^12/l	4.00 - 5.50
HGB		13.4	g/dl	12.0 - 18.0
HCT		43.1	%	40.0 - 54.0
MCV		91.8	fl	80.0 - 100.0
MCH		28.6	pg	27.0 - 34.0
MCHC	B	31.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV		14.5	%	11.0 - 16.0
RDW SD		45.4	fl	35.0 - 56.0
PLT		285	10^9/l	150 - 450
MPV		8.4	fl	6.5 - 12.0
PDW		15.5		9.0 - 17.0
PCT		2.39	mL/L	1.08 - 2.82
P-LCC		66	10^9/l	30 - 90
P-LCR		23.2	%	11.0 - 45.0

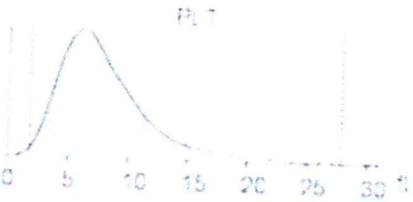
WBC



RBC



PLT



Remit
Comprob
Hora entrega
Coments

Anali
Hora muestreo
Hora impres

Service

29/01/2019 11:15

[Este result solo se puede aplic a la muestra de la cual se produce]

Ψ

CERTIFICADO MEDICO/PSICOLOGICO

Lugo Oswaldo Sánchez Salamanca
Psicólogo

El suscrito psicólogo, ***Lugo Oswaldo Sánchez Salamanca****, legalmente autorizado para ejercer la profesión, con cédula de ciudadanía No 91.075.411 y registro profesional No 11361*

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento psicológico y examen mental el día 28 de Enero de 2019 a ***JUAN VICENTE PINZON PRADA****, identificado con C.C No 91.102.629 de 56 años de edad Y* ***TECNOLOGO EN CONSTRUCCIÓN;*** *se encontró con adecuado aspecto general, alerta, orientado sin déficit en memoria, con pensamiento coherente sin ideas delirantes, no ideas depresivas ni de ansiedad, sueño sin alteración, conducta motora adecuada, afecto modulado, juicio conservado, inteligencia impresiona promedio.*

Asimismo, se percibió que la persona en referencia, posee las competencias necesarias y requeridas para un óptimo desempeño de sus labores y actividades cotidianas, tales como; Toma de decisiones, capacidad de organización y planificación, resolución de problemas, capacidad de análisis y síntesis, habilidades en las relaciones interpersonales, trabajo en equipo, compromiso ético, razonamiento crítico, motivación, liderazgo, adaptación a nuevas situaciones, Iniciativa y espíritu emprendedor.

Se percibe en él una persona responsable, cumplidora y apasionada por el proceso de enseñanza aprendizaje.

Al momento de la presente valoración, no presenta alteración alguna del estado mental.

Confidencial. Las conclusiones hacen referencia a las tendencias de comportamiento del evaluado y se aplican únicamente a la presente postulación. No existe autorización profesional para revelar su contenido

Se expide la presente certificación, a solicitud del interesado para los fines pertinentes a que haya lugar, en San Gil a los veintiocho días (28) días del mes de Enero de 2019

LUGO OSWALDO SÁNCHEZ
PSICOLOGO - UNAB
T.P. 11361

LUGO OSWALDO SÁNCHEZ SALAMANCA
Psicólogo
T.P 11361

Lugo Oswaldo Sánchez Salamanca
Terapia individual, grupal, de pareja y familiar. Manejo del recurso Humano. Capacitación y pruebas para empresas. Orientaciones para padres de niños que juegan al futbol.
3187733137
lugosanchez95@yahoo.es

SALUD VITAL
Y RIESGOS PROFESIONALES I.P.S. E.U.

Calle 52B No 31-149 Antiguo Campestre
Tel: 6436434 - 3164296696

HISTORIA CLÍNICA DE OPTOMETRÍA

Fecha: 11 Junio 2019 C.C.: 91102629
Nombre: Juan Vicente Pinzón Prada
Dirección: Cra 16 No 18-67 Tel: 7238273
Edad: 57A Ocupación: Instructor
Empresa: SENA EPS: Medimas
Examen de Ingreso: Egreso: Periódico: X
Último Examen: 1 año Género: M X F
M.C.: Control
Antecedentes: (-)

RX: EN USO

Progresivo hace 1 año

	AV VL	VP	ADD.
O.D.	20/20	sin	
O.I.	20/20	sin	

AGUDEZA VISUAL

SC	VL	PH	VP	QUERATONETRIA	
O.D.	20/50		-2	O.D.	
O.I.	20/40		-2	O.I.	

RETINOSCOPIA TIPO

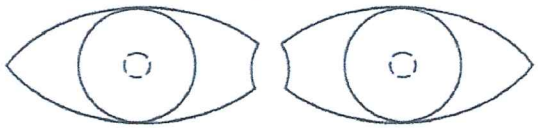
	AV VL	VP	ADD.
O.D.	20/		
O.I.	20/		

SUBJETIVO

	AV VL	VP	APD.
O.D. +1.75 esf	20/20	sin	
O.I. +1.25 esf	20/20	sin	+2.75

Visión al Color: O.D. TEST.	O.I.
Estereopsis: O.D. TEST.	O.I.

EXAMEN EXTREMO



SANO AO

EXAMEN MOTOR

Hirschberg: PPC
Cover Test V.P: VL
Versiones: O.D. O.I.
Ducciones: O.D. O.I.
AA CC O.D. O.I.

OFTALMOSCOPIA



O.D.
O.I.

Dx. PRESUNTIVO

1. Hipermetropía AO
2. Presbicia
3.

DISPOSICION

1. Continuar con las gafas
2. Control 1 año
3.

Dra. Ana Celia Arizu
Optometrista
Firma del Profesional

Firma del Trabajador

SALUD VITAL
Y RIESGOS PROFESIONALES I.P.S. E.U.

AUDIOMETRIA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

DD	MM	AAAA	Ciudad
11	06	2019	San Gil / Stder

TIPO EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una X)

Ingreso [ ] Egreso [ ] Periódico [X] Seguimiento [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razón Social	Centro de Trabajo-Sede
Educación	Sena / San Gil

DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. (Pasaporte))

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Pinzon	Prada	Juan	Vicente

Documento de identificación: Tipo	Número	Generó (Marque con una X): Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento: DD	MM	AAAA	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
CC	91.102624	[ ]	[X]	06	04	1972	57	Medimas

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR
(Según información suministrada por el aspirante/trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador).

Fecha ingreso a la empresa: DD	MM	AAAA	Cargo	Rotación: SI	NO	Sección	Antiguedad en el cargo actual	
08	08	2014	Instructor de Red de construcción	[ ]	[X]	Educación	5	Años

(No aplicar para ingreso)

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO (No aplica para cargos y empresas sin exposición al ruido)

EN LA EMPRESA ACTUAL: Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el cargo actual)	Tiempo (años)	(Marque con una (x) la(s) respuesta(s) correspondiente(s)) Uso de E.P.A.* Tipo* I	C	B	N	Tolerancia* B	R	M

EN OTRAS EMPRESAS: Nombre de la Empresa (Inicie con la última empresa donde laboro)	Nombre del Cargo	Tiempo (años)	Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizado
Movistar	Instalador de Red	7	No.

E.P.A. Elemento de Protección Auditiva. Tipo de Elemento de Protección Auditiva: I: Inserción, C: Copa, S: Silicona, N: Ninguno, Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva: B:Buena, R:Regular, M: Mala.

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES
(Marque con una (x) en la casilla correspondiente SI/NO según sea el caso)

	SI	NO	Observaciones (Para cada respuesta afirmativa especifique a continuación)
Otitis	X		
Trauma		X	
Cirugía		X	
Ingesta Ototóxicos		X	
Hipoacusia subjetiva	X		Sensacion de Perdida
Acúfenos	X		
Otro	X		

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO
(Marque con una (x) en la casilla correspondiente SI/NO según sea el caso)

	SI	NO	Observaciones (Para cada respuesta afirmativa especifique a continuación)
Tejo		X	
Moto	X		Ocasional
Discoteca		X	
Servicio Militar	X		Hace 37 años.
Polígono	X		Un tiempo sin Protección
Walkman		X	
Otro		X	

Condiciones de toma de la prueba

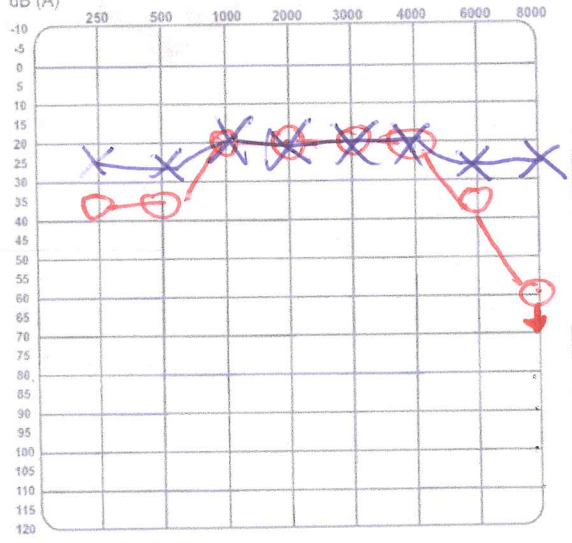
Descanso Auditivo 6 horas — Realizó re test SI [ ] NO [X] — Uso cabina sonoamortiguada SI [ ] NO [X]

Marca y referencia audiometró utilizado Amplivox 116 — Fecha de la última calibración: DD | MM | AAAA

AUDIOMETRÍA

EVALUACIÓN

Audiograma (Registre gráficamente según convenciones)



Convenciones	Oído Derecho (Use Rojo en la Gráfica)		Oído Izquierdo (Use Azul en la Gráfica)	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	O	△	X	□
Conducción ósea	<	[	>	]
Inaudible				

Sin E: Sin Enmascaramiento - Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia (Registre los hallazgos)

Oído Derecho	Normal
Oído Izquierdo	Normal

Audiometría (Consigne los valores en dB(A) para cada frecuencia evaluada) Practique Audiometría en Vía Ósea siempre que encuentre alteración en Vía Aérea.

	Frecuencia en Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	Oído Derecho	35	35	20	——	——	20	35	60 (sin RTa).
	Oído Izquierdo	25	25	20	——	——	20	25	25
Vía Ósea	Oído Derecho								
	Oído Izquierdo								

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO (Marque con una (x) la(s) casilla(s) correspondiente(s))

Diagnóstico	Oído Derecho	Oído Izquierdo	Bilateral
Audición Normal			X
LARSEN: Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado I			
LARSEN: Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado II	X		
LARSEN: Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido Grado III			
Hipoacusia Conductiva			
Hipoacusia Mixta			

Severidad - CAOHC	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Normal (0-25 dB)	X	X
Leve (25-40 dB)		
Moderada (41-55 dB)		
Moderada- Severa (56-70 dB)		
Severa (71-85 dB)		
Profunda (<86 dB)		

ANÁLISIS COMPARATIVO (Solo aplica con audiometría basal o anterior)

(Escriba el valor en decibeles del cambio del umbral en cada una de las frecuencias y para cada oído).

	Oído Derecho	Oído Izquierdo	Cambio Umbral Auditivo (Marque con una (x) la casilla correspondiente según la presente o no Cambio de Umbral)	SI	NO
500 Hz	35	35	Cambio Umbral Auditivo Oído Derecho		
1000 Hz	20	20			
2000 Hz	|	|			
3000 Hz	|	|	Cambio Umbral Auditivo Oído Izquierdo		
4000 Hz	20	20			
6000 Hz	35	25			

RECOMENDACIONES (Marque con una (x) la(s) recomendación(es) dada(s) al aspirante o trabajador)

Control Auditivo en un año	
Control Auditivo en u seis meses	X
Use Protección Auditiva	
Control por Otorrinolaringologia	

Lavado Auditivo ☐ Oído Derecho ☐ Oído Izquierdo ☐

Fecha Programada de realización

Audiometría Confirmatoria ☐ ___ | ___ | ___

Exámenes Audiológicos Complementarios ☐

Cuáles: _____

OBSERVACIONES

O.I: Sensibilidad Auditiva Periferica Normal 20 dB.
O.D: Sensibilidad Auditiva Periferia Normal con caida leve en 250, 500, 6000 Hz y Sin Respuesta al equipo en 8000 Hz

Evaluado por:	Interpretado por:	Aspirante o Trabajador:
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: RUN: 11-07967	Nombre: Jose A Duran	Nombre: Juan Vicente Pinzón P
Registro: LIC: 019093	Registro:	Documento de Identificación: 91102629 - Socorro

SALUD VITAL
Y RIESGOS PROFESIONALES IPS

LABORATORIO
CLINICO
SALUD VITAL Y RIESGOS PROFESIONALES
Calle 59 No. 32-67- Conucos
TEL: 6574800 Bucaramanga, Santander
E-MAIL: saludvitalyriesgosp@hotmail.com

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN VICENTE PINZON PRADA
CÉDULA: 91.102.629
EDAD:
FECHA: 13/06/2019

EMPRESA: SENA – SAN GIL

EXAMEN SOLICITADO **GLICEMIA – PERFIL LIPÍDICO**

QUÌMICA SANGUÌNEA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA:	91	70-100 mg/dl
COLESTEROL TOTAL:	169	Hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS:	66	Hasta 150 mg/dl
COLESTEROL HDL:	60	>35 mg/ dl
COLESTEROL LDL:	95	< 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL:	13	< 30 mg/dL
ÍNDICE ATEROGÉNICO	**2.6**	< 4mg/dL

Margare Cruz Sepúlveda
Bacterióloga
C.C. 1098799636
Registro 4113 de 2013

MÁRGARE JULIETH A. CRUZ S.
BACTERIÓLOGA
REG. 4113

Hace constar:

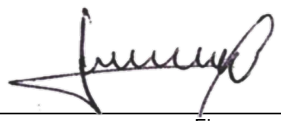
Que el Sr(a) JUAN VICENTE PINZON PRADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91102629 realizó el día 14/03/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JUAN VICENTE PINZON PRADA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 91102629 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

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

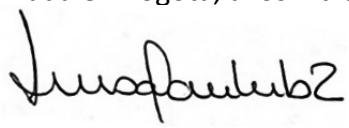
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JUAN VICENTE PINZON PRADA, con Cédula Ciudadanía No. 91102629 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 02/02/2021 y fecha fin de contrato 31/07/2021 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 20210101333383.

Dada en Bogotá, a los 2 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 16 de Marzo de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN VICENTE PINZON PRADA identificado(a) con CC 91102629, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	32240131063	2008/03/04	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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101006531	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
23	02	2021	19	02	2021	00:00	23	02	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	PINZON PRADA JUAN VICENTE			Identificación:	91102629
Dirección:	CR 16 NRO. 18 - 67	Ciudad:	SAN GIL - SANTANDER	Teléfono:	3188327325

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 22 NRO 9-82	Ciudad:	SAN GIL - SANTANDER	Teléfono:	7248113

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2288782 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE CONSTRUCCION FIC EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO AGROTURISTICO REGIONAL SANTANDER

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/02/2021	23/02/2022	$ 3,510,000.00

OBSERVACIONES:

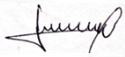
Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,510,000.00	23/02/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CALDERON APARICIO ANGELA MARIA	91973	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 44 NO 36-08 - Teléfono: 6578486 - BUCARAMANGA







FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 96-46-101006531, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BUCARAMANGA, a los 23 días del mes de Febrero de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 96461010065310

FECHA	
23/02/2021	

RECIBIMOS DE: PINZON PRADA JUAN VICENTE C.C. 91102629

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006531

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006531 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 96461010065310

FECHA	
23/02/2021	

RECIBIMOS DE: PINZON PRADA JUAN VICENTE C.C. 91102629

LA SUMA DE: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 96-46-101006531

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
BUCARAMANGA - CU. ESTATAL - 101006531 - 0 - 0	$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 33,320.00
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 33,320.00

INTERMEDIARIO: CALDERON APARICIO ANGELA MARIA - 91973

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.96-46-101006531

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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