

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CAQUETÁ CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	18		
			Código Centro	951610		
			Fecha Elaboración	Julio de 2025		
			Versión	ENERO - 2.25		
			ID de Proceso	35699-976087		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: PABLO CASTRO SANZA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía 1.117.504.196		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: pacastros@sena.edu.co		Número de Cuenta: 46636431273				
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI		
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)						
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						
Concepto del pago corresponde a: Ninguno						
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:	8116113/2025	Nº Compromiso SIIF	205625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área, MAYORDOMIA DE LA EMPRESA GANADERA SOSTENIBLE impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, Titulada Virtual, Complementaria				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	25/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 26.669.120	
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 26.669.120	
Valor Bruto Pago:	\$ 1.244.559,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 25.424.561	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 1.244.559	Ninguno		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		\$ 1.244.559	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 859.259	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	859.259,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9489821479	Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.149.759,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 332.150	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 41.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 53.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 3.500	\$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0,600%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 19.670.605	\$ 287.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0			0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	\$1.244.559,00	
SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ejecuté la formación profesional integral de acuerdo con el desarrollo curricular en la ficha 3293982						
Se presentan documentos, informes y formatos necesarios requeridos o exigidos con ocasión del desarrollo del presente contrato.						
Se adjunta planilla de seguridad social Del mes de Julio No. 9489821479						
Se anexa informe mensual de actividades del mes de Julio para el desarrollo del contrato C01.PCCNTR.8116113						
Se realizó el pago de la estampilla PRO-UNIVERSIDAD de la Amazonia equivalente al 1.5% del valor del contrato						
Acaté los lineamientos del SIG y SST, y actué de acuerdo al código de integridad SENA						
Participé en el proceso de inducción del SENA con la Formadora de instructores.						
Recursos: Nación						
Municipio donde se prestó el servicio: La Montañita						
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						
			PABLO CASTRO SANZA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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 periodo 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.						
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 LUIS ANGEL LOZADA OLAYA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

CE-007 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117504196
NOMBRES Y APELLIDOS	Castro Sanza,Pablo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	27/10/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castro Sanza,Pablo , a los 07 días del mes de julio del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PABLO CASTRO SANZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.504.196**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2025.

Cordialmente,

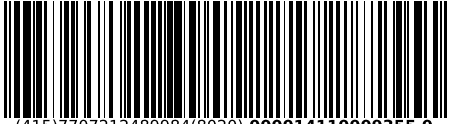


Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141100093550	
				 (415)7707212489984(8020) 000014110009355 0	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 1 7 5 0 4 1 9 6		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Florencia	
14. Buzón electrónico 2 8					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 1 1 7 5 0 4 1 9 6	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Caquetá 1 6 9		30. Ciudad/Municipio Florencia 0 0 1	
31. Primer apellido CASTRO		32. Segundo apellido SANZA		33. Primer nombre PABLO	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Caquetá 1 6 9		40. Ciudad/Municipio Florencia 0 0 1	
41. Dirección principal CR 13 A 7 55 BRR JUAN XXIII					
42. Correo electrónico pablo13504@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 1 4 5 2 2 9 9 8		45. Teléfono 2 6 0 8 4 3 7 5 5 2 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
8 5 5 1 2 0 1 7 0 2 0 6		7 3 2 0 2 0 2 3 0 9 1 2		7 4 9 0 7 5 0 0	
51. Código					
52. Número establecimientos					
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 ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1117504196		CASTRO SANZA PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13a 7 55	FLORENCIA-CAQUETA	4375524	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1668916681		9489821479	I	2025/08/26	2025/08/01	BANCOLOMBIA	\$98,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$332,150	\$53,200			\$332,150	\$41,600			\$0	\$0			\$332,150	\$3,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (1 Afiliados)					\$332,150	\$53,200			\$332,150	\$41,600			\$0	\$0			\$332,150	\$3,500		\$0	\$0	
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					\$332,150	\$53,200			\$332,150	\$41,600			\$0	\$0			\$332,150	\$3,500		\$0	\$0	
1	CC	1117504196	CASTRO PABLO	230301	7	\$332,150	\$53,200	EPS005	7	\$332,150	\$41,600	0		\$0	\$0	14-23	7	\$332,150	\$3,500	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$332,150	\$53,200			\$332,150	\$41,600			\$0	\$0			\$332,150	\$3,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1117504196		CASTRO SANZA PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13a 7 55	FLORENCIA-CAQUETA	4375524	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1668916681		9489821479	I	2025/08/26	2025/08/01	BANCOLOMBIA	\$98,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$53,200	\$0	\$0	\$53,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$53,200	\$0	\$0	\$53,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,500	\$0	\$0	\$3,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$3,500	\$0	\$0	\$3,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,600	\$0	\$0	\$41,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$41,600	\$0	\$0	\$41,600	
TOTAL				1	\$98,300	\$0	\$0	\$98,300	



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR No. 3-2025-000017

Certifico que: PABLO CASTRO SANZA, con **C.C. No.:** 1117504196, cumple con los documentos del perfil solicitados en la **circular No. 3-2025-000017** 40690228 **Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general"**

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE CONTRATACION	EXAMENES PRE-EMPLEO	CUMPLE
1117504196	PABLO CASTRO SANZA	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	SI	SI

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia – Caquetá, el 12 de julio, 2025.

MARTHA ALTAMAR DE LOS REYES
Medicina Preventiva
Regional Caquetá



Certificado Medico Ocupacional

Fecha/Hora EXAMEN

12/06/2024 7:56 a. m.

Clase de Certificado

Evaluación Médica Pre-
Ocupacional o de Ingreso

FLORENCIA - CAQUETA



12/06/2024 7:56 a. m.

PABLO CASTRO SANZA

Documento 1117504196 ☒ Masculino ☐ Femenino
Fecha Nacimiento 05-oct.-88 Lugar FLORENCIA
Dirección JUAN XXIII
Teléfono/Movil (311)452-29-98 FLORENCIA, CAQUETA
Tipo Sangre - RH B + Estado Civil Soltero/a
Escolaridad
Empresa SENA
Cargo INSTRUCTOR(A)

Clase de Examen Ocupacional

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ENFASIS PSICOMETRICO

2024061200111750419601

EPS:

ARL: Otros

AFP: Otros

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

Paraclínicos	Prueba realizada	Fecha	Resultado
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	CUADRO HEMÁTICO	12/06/2024	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	GLICEMIA	12/06/2024	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	OPTOMETRIA	12/06/2024	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	PERFIL LIPÍDICO	12/06/2024	NORMAL
EXAMENES DE LABORATORIO Y PARACLINICOS	VALORACION PSICOLOGICA	12/06/2024	NORMAL

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL, CONDUCTAS OCUPACIONALES

CONTROL PYP EPS	☐ REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	☐ HIGIENE POSTURAL	☒
REMISION A EPS	☐ SEGUIMIENTO CASO ARL	☐ USO EPP	☒
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐ CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	☒ USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐
		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

DIETA	☒	REDUCIR ALCOHOL	☒
EJERCICIOS REGULAR	☒	PAUSAS ACTIVAS	☒
NO FUMAR	☒		

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

Clasificación Consulta	Nivel Consulta	CONCEPTO
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES
Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso	ENFASIS PSICOMETRICO	SIN RESTRICCIONES

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL... CUADRO HEMÁTICO - NORMAL... GLICEMIA - NORMAL... OPTOMETRIA - NORMAL... PERFIL LIPÍDICO - NORMAL... VALORACION PSICOLOGICA - NORMAL...

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES:

SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL (MANEJO DE CARGAS EN SITIO DE TRABAJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA); HIGIENE VISUAL (PROTECCION OCULAR CONTRA USO DE COMPUTADORA Y EXPOSICION A PARTICULAS POLVOS U OTROS); HIGIENE AUDITIVA (EVITAR USO DE DISPOSITIVOS A ALTO VOLUMEN, RUIDO CONTINUO Y REALIZAR REPOSO AUTIVO EXTRALABORAL POR AL MENOS 8 HORAS). CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (DIETA HIPOGRASA, AUMENTO DE CONSUMO DE FRUTAS Y VEGETALES FRESCOS Y LAVADOS; LAVADO DE MANOS PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A MANIPULACION DE ALIMENTOS, EVITAR HABITOS TOXICOS: SEDENTARISMO-TABAQUISMO-ALCOHOLISMO). MANTENER LIMPIAS LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO Y LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 MINUTOS EN SU TRABAJO. DURANTE ENDEMIA POR COVID - 19 USO TAPABOCA SEGUN ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD, LAVADO DE MANOS. RECORDAR VACUNACION CONTRA COVID 19 ACORDE A FASE DE VACUNACION EN COLOMBIA.

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

Oneldis De Luque Brito

ONELDIS DE LUQUE BRITO

RM:44398/2008 Lic. S.O 0002 /2023

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

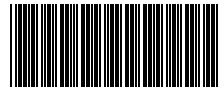
Pablo Castro Sanza

PABLO CASTRO SANZA

P. ENTE CC: 1117504196

ERC LOS FUNDADORES FLORENCIA NIT. 900.76

Carrera11 No. 3-14 B. Barrio Jorge Eliecer Gaitan, Florencia - Caqueta Cel. 316...
recepcionsstfundadores@gmail.com



Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10015010
Paciente : PABLO CASTRO SANZA
Identificación: CC 1117504196
Convenio : INVERSIONES TQR

Fecha Recepción: 2024-06-12 10:07:45
Fecha Impresión: 2024-06-12 14:19:38.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 35 / M
Fecha de Nacimiento : 1988-10-05

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

GLUCOSA

Resultados: **76.93** mg/dl
Primer Día 40 - 60 mg/dl
Mayor de 1 Día 50 - 80 mg/dl
Adultos 70 - 110 mg/dl

Observaciones

COLESTEROL TOTAL

Resultado: **225.30** mg/dl
Optimo : Hasta 200 mg/dl
Moderado: 200 - 239 mg/dl
Elevado : > 240 mg/dl

Observaciones

TRIGLICERIDOS

Resultado: **124.98** mg/dl
Hombres :40 - 160 mg/dl
Mujeres :35 - 135 mg/dl

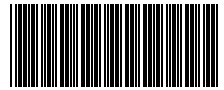
Observaciones

Nota; Esta determinación puede sufrir gran variabilidad biológica, debiendo evaluada la necesidad de confirmación por su médico.

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD- HDL

Resultado **58.54** mg/dl
Hombres Mujeres
Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl
Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl
Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl

Observaciones



Sede : LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL
Orden No : 10015010
Paciente : PABLO CASTRO SANZA
Identificación: CC 1117504196
Convenio : INVERSIONES TQR

Fecha Recepción: 2024-06-12 10:07:45
Fecha Impresión: 2024-06-12 14:19:38.
Médico : MEDICOS VARIOS
Edad/Sexo : 35 / M
Fecha de Nacimiento : 1988-10-05

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	----------	-----------------------

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD- LDL

Resultado: 141.00 mg/dl
Optimo : Hasta 100 mg/dl
Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl
Moderado : 130 - 159 mg/dl
Elevado : 160 - 189 mg/dl
Muy Elevdo : > 190 mg/dl

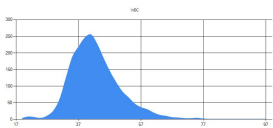
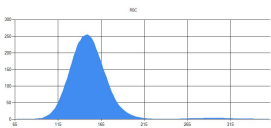
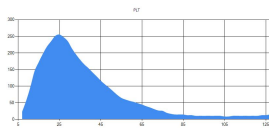
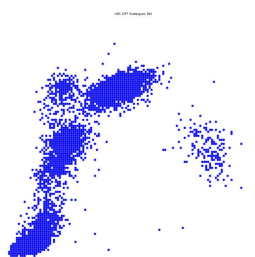
Observaciones

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 1152

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180
VERIFICACIÓN

Order No.:	10015010	Fecha Ingreso:	2024-06-12 10:07:45
Paciente:	PABLO CASTRO SANZA	Fecha Impresión:	2024-06-12 14:19:39.
Identificación:	CC 1117504196	Edad/Sexo:	35 / M
Convenio:	INVERSIONES TQR	Teléfono:	3114522998
Médico:	MEDICOS VARIOS	Sede:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA				
Recuento de Leucocitos	7.88	x10^3mm^3	4.0 -	10.0
% Neutrofilos	56.7	%	55.0 -	65.0 %
% Linfocitos	33.7	%	25.0 -	38.0 %
% Monocitos	4.9	%	3.0 -	6.0 %
% Eosinofilos	4.3	%	2.0 -	4.0 %
% Basofilos	0.4	%	0.0 -	1.0 %
# Neutrofilos	4.46	x10^3mm^3	2.0 -	7.50
# Linfocitos	2.66	x10^3mm^3	1.0 -	4.00
# Monocitos	0.39	x10^3mm^3	0.20 -	1.00
# Eosinofilos	0.34	x10^3mm^3	0.0 -	0.50
# Basofilos	0.03	x10^3mm^3	0.0 -	0.20
Recuento de Eritrocitos	5.24	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80
Hemoglobina	15.0	g/dl	H.14.0-17.0	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	46.8	%	H.42.0-48.0	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	89.4	um^3	80 -	90 um^3
HB Corpuscular Media	28.7	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	32.1	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	12.1	%	12.0 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	240	x10^3/mm^3	150 -	450
Volumen Plaquetario Medio	11.4	um^3	6.0 -	15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	16.3	%	11.0 -	18.0 %
Plaquetocrito	0.273	%	.150 -	.500 %



Liliana Patricia Marin

LILIANA PATRICIA MARIN
 BACTERIOLOGA
 30334180

Validación 12/06/2024 12.50

---COPIA---



FECHA EXAMEN
12/06/2024



PABLO CASTRO SANZA

Documento 1117504196
Fecha Nacimiento miércoles, 5 de octubre de 1988
Edad 36 AÑOS
Dirección JUAN XXIII
Teléfono/Movil (311)452-29-98
Empresa SENA

Dr SANTIAGO MALAGON MARIN

Optometra

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

2024061200111750419601

OPTOMETRIA

ANAMNESIS:

NO REFIERE

AV:VL OD: 20/20 OI: 20/20 AV:VC OD: 20/20 OI: 20/20 AV:CC OD: OI:

VISION PROFUNDIDAD: NORMAL

VISION COLOR: NORMAL

CAMPIMETRIA HORIZONTAL: NORMAL

CAMPIMETRIA VERTICAL: NORMAL

ENCANDILAMIENTO:

ESTADO MOTOR: ORTOFORICO

EXAMEN VISION BINOCULAR

EXAMEN MOTOR: HISBERG

NORMAL

KAPPA

NORMAL

DUCCIONES OD

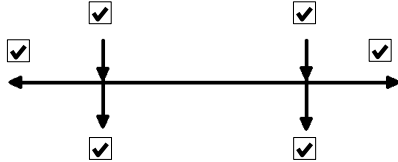
NORMAL

OI

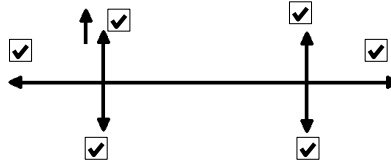
NORMAL

VERSIONES

OD



OI



Valoracion: EMETROPE

Recomendacion: PACIENTE EN APARENTE ESTADO DE NORMALDIAD

VALORACION OPTOMETRICA

RETINOSCOPIA:

OD N

N

AV

20/20

EXAMEN EXTERNO

OI N

N

AV

20/20

SEGMENTO ANTERIOR

OD

APARENTEMENTE OK

SUBJETIVO Y AFINACION:

OD N

N

AV

20/20

OFTALMOSCOPIA

OI N

N

AV

20/20

OD

APARENTEMENTE OK

ADD

AV

OI

APARENTEMENTE OK

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL EMETROPE

RELACION 1

RELACION 2

CONDUCTA PACIENTE EN APARENTE ESTADO DE NORMALIDAD

PRESCRIPCION OPTICA

OD

N

OI

N

TIPO DE LENTE

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

Santiago Malagón Marín
OPTOMETRA

Firma Profesional Responsable

SANTIAGO MALAGON MARIN

—
—
—
—

—

—
—
—

—
—
—

NOMBRE COMPLETO: **PABLO CASTRO SANZA**

EDAD: **35**

NIVEL DE ESTUDIOS: **PROFESIONAL**

OCUPACION/PROFESION: **INSTRUCTOR**

PRUEBA ADMINISTRADA: **TEST DE WARTEGG**

FECHA DE LA PRUEBA: **12 DE JUNIO DEL 2024**

ASUNTO CONCEPTO PSICOLÓGICO

ENTREVISTA PSICOLÓGICA:

Durante la administración de la prueba el evaluado recibe con atención las instrucciones respecto a la realización de ésta, se observa orientado, con adecuados procesos de atención, acude voluntariamente al proceso de evaluación psicológica, con capacidad de comunicación asertiva, y se muestra tranquilo al finalizar.

INFORME PSICOLOGICO - WARTEGG:

Luego de la aplicación de la prueba psicológica y resultados del TEST DE WARTEGG, se emite la siguiente impresión. Persona con proyecciones claras, pero estas se ven afectadas por cuestiones externas. Tiende a ser tenso, excitable e intranquilo, tiende a sentirse exigido en dar contestaciones socialmente deseables. Controla sus emociones incluso ante provocaciones, es optimista, se mantiene firme en situaciones difíciles. Esta persona acepta con facilidad el cambio, los retos y la variedad, esta persona no realiza con gusto tareas monótonas y/o repetitivas ya que le desmotivan su potencial. Demuestra poca preocupación por las necesidades de los otros, estando más interesado en las actividades laborales, que sociales, dado que por su naturaleza no tiene fuente de orientación social; es por lo general algo distante y prefiere no buscar participación social, teniendo interacciones ocasionales poco profundas.

Persona con tendencia a estar ocupada por intereses y hechos inmediatos, se muestra medianamente ansioso por hacer las cosas correctamente, se inclina por los problemas prácticos y cercanos, usualmente evita las metas lejanas. No se encontraron signos o síntomas de psicopatología, no se evidencian desordenes de conducta. Se puede determinar que el aspirante si cumple con el perfil psicológico requerido.


GERMAN GIRALDO PEREZ
PSICÓLOGO CRC FUNDADORES



CONCEPTO PSICOLÓGICO

Licencia en SST No. 00369 Secretaria de Salud Departamental del Caquetá

Los resultados que arrojó la impresión psicológica tienen una validez de 3 meses tras su realización, o menos si el evaluado atraviesa cambios importantes en las circunstancias relativas a su entorno de trabajo o su vida personal.



SST FUNDADORES Seguridad y Salud en el Trabajo

Carrera 11 No. 3-14 frente a la bomba de Coomotor sector Terminalito

Tel: 4349326 Florencia - Caquetá

Correo:comercialsstfundadores@gmail.com - <https://www.facebook.com/crcfundadores/>



Hace constar:

Que el Sr(a) PABLO CASTRO SANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117504196 realizó el día 31/07/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo PABLO CASTRO SANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117504196 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.

Firma

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



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) PABLO CASTRO SANZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117504196 el día 31/07/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Pablo Castro Sanza
CC - 1117504196
Estado: Activo

Servicio Nacional De Aprendizaje Sena
NI - 899999034

Este carné es personal e intransferible.



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL

Comuníquese las 24 horas a la línea nivel nacional
01 8000 941541, en Bogotá **600 0811**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

www.positiva.gov.co

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

Certificación Bancaria

Lunes, 07 de julio de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que PABLO CASTRO SANZA identificado(a) con CC 1117504196, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	46636431273	2015-01-16	Activo	*****

***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 a 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:						SUCURSAL:				COD. SUC:		NO. PÓLIZA:		ANEXO:	
NEIVA						AGENCIA MANDATARIA - NEIVA				61		61-46-101034791		0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:			A LAS:		TIPO MOVIMIENTO:		
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:					
25	07	2025	25	07	2025	00:00	23	04	2026	23:59					
												EMISIÓN ORIGINAL			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CASTRO SANZA PABLO										IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,117,504,196	
DIRECCIÓN: CR 13 A 7 55 BRR JUAN XXIII						CIUDAD: FLORENCIA - CAQUETA				TELÉFONO: 3114522998	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA REGIONAL CAQUETA		IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1	
DIRECCIÓN: CARRERA 06 NO. 7-11 Y CARRERA 7 NO 07-08 BARRIO LA ESTRELLA	CIUDAD: FLORENCIA - CAQUETA	TELÉFONO: 6084374788	
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.8116113 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA, MAYORDOMIA DE LA EMPRESA GANADERA SOSTENIBLE IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, TITULADA VIRTUAL, COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, COMPLEMENTARIA VIRTUAL Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

AMPAROS

RIESGO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/07/2025	23/04/2026	\$ 2,666,912.00
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	\$ 2,666,912.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA	194558	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - TELÉFONO: 8721717 - NEIVA



61-46-101034791

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

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

Hacemos constar, que la póliza No. 61-46-101034791, 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 NEIVA, a los 25 días del mes de Julio de 2025


FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Autopista Norte # 103 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	CASTRO SANZA PABLO		C.C. C.C. :1,117,504,196	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101034791			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101034791 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
CAJERO: RAPIESTADO				

ORIGINAL

FECHA				
CONTADO				
RECIBIMOS DE:	CASTRO SANZA PABLO		C.C. C.C. :1,117,504,196	
LA SUMA DE:	TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE			
POR CONCEPTO DE:	PAGO DE PÓLIZA NRO.: 61-46-101034791			
SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA - CU. ESTATAL - 101034791 - 0 - 0	\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00
FORMA DE PAGO				
INTERMEDIARIO: BIBIANA GONZALEZ ESPAÑA - 194558			EFFECTIVO:	\$ 33,320.00
			CHEQUE:	\$ 0.00
			TARJETA:	\$ 0.00
			BD:	\$ 0.00
			OTROS:	\$ 0.00
			TOTAL:	\$ 33,320.00
CAJERO: RAPIESTADO				

COPIA

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.61-46-101034791**

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO 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 TRANSURSO 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 ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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



7709998021167006050166

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO N°: 10000060501666

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA				
25/07/2025 08:58a.m.				
RECIBIMOS DE:	CASTRO SANZA PABLO	CC. 1.117.504.196		
LA SUMA DE:	Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .*****			
POR CONCEPTO DE:	PAGO POLIZA NRO.: 101034791			
SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA-46-101034791-0-1	\$28,000.00		\$5,320.00	\$33,320.00
FORMA DE PAGO				
Pse - \$ 33,320.00		EFFECTIVO: CHEQUE: TARJETA: BD: 33,320.00 OTROS:		
TRANSACCION: 0006050166		TOTAL: \$33,320.00		
CAJERO: PAGUESTADO				