

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Febrero de 2022
Versión	ENERO 2022 - 1.22
ID de Proceso	44030-867322
No. de documento	337011

Nombres y apellidos contratista:		SAMUEL MEJIA INDABURO		C.C.		9.271.770		IP/N° de contacto		3005969904	
Correo electrónico contratista:		samu_mejia@yahoo.es									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		NO	
Es Pensionado?		NO									
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores		NO		Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO	
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		136412707	
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 2022 supera los \$ 125'413.200				NO	

Nº del contrato:	3354521/2022	Nº Compromiso SIIF		13622	
Valor Total del Contrato	\$ 39.975.000	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.997.500,00
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.975.000		Del	01/02/2022	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 35.977.500		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE , PARA FORMAR EN PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS, SEGÚN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDA LA COORDINA

Ingresos por honorarios	\$ 3.997.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.997.500		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.656.275		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

	Febrero	Enero		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	N/A		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.599.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente	2.656.275,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 199.900	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 255.900	\$ 0	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL I	\$ 8.400	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	34.213,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -			0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -			0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 885.425		Descuentos de Libranza	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
			VALOR A PAGAR	\$ 3.963.287,00

Se Desarrollo la planeación de los procesos como llamadas, visitas empresas, entrega portafolio cursos a ofertar
Se desarrolla a la fecha un proceso de formación al comando de reclutamiento de reserva ficha 2485779
Se gestiona proceso inscripción y matrícula soportes de ingreso para asignación de ficha empresa. 2485779 aprendices 32 horas 40
Garantizar el registro oportuno de los juicios de evaluación que a la fecha no se ha ejecutado por inicio del proceso
Se gestiona proceso inscripción y matrícula soportes de ingreso para asignación de ficha empresa 2485779
Participar en las actividades relacionadas con el modelo integrado de planeacion y gestión (MIPG) se realiza las evaluaciones SST
Se entrega portafolio empresas, entidades educativas, fundaciones de ofertar curso complementarios.
Participar activamente en las actividades (capacitaciones, eventos, ferias académicas aun para la fecha esta sujeta a programación
A la fecha se inicia el proceso de formación con cuarentas horas comprometiéndome al cumplimiento total de las 160 horas mes

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.

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo el presente pago.</u> 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 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.	DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS INSTRUCTOR G11

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



153163497

(Leer las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 2

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Flora Segundo Apellido Indaburo		Primer Nombre Samuel Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 9271770	9. Sexo Femenino Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 19/07/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura		16. Administradora de Pensiones Parvenir		17. Ingreso base de cotización - IBC 1000.000	
18. Residencia Dirección		Teléfono Celular 3005969904		Correo Electrónico Samueljia@yahoo.es	
Municipio / Distrito San Juan		Zona Urbana Rural ☒		Localidad / Urbana San Juan	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		TEASAGULLO
B		
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS)	
35. Nombre o razón social Independiente	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (se registra por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Departamento
Correo Electrónico	Teléfono fijo		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Fecha	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Fecha de nacimiento
Sexo Femenino Masculino		12/01/2022	
43. EPS anterior Activa Santa	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

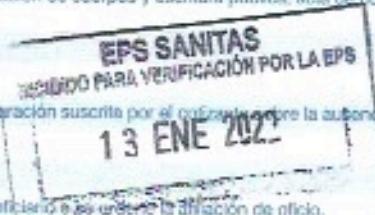
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Samuel Fleja	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
---	---

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante ante la autoridad de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se entente la afiliación de oficio.
--



X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Firma del Funcionario		

Observaciones:

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial Los Gato Hernandez 3487491	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
---	---------------------	-----------------------

**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:

SAMUEL MEJIA INDABURO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.271.770**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2022.

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.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14803941800



(415)7707212489984(8020) 000001480394180 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 2 7 1 7 7 0

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

11. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

9 2 7 1 7 7 0

27. Fecha expedición

1 9 9 3, 1 2, 1 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio

Mompós

4 6 8

31. Primer apellido

MEJIA

32. Segundo apellido

INDABURO

33. Primer nombre

SAMUEL

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 63 A 16 35 AP 201

42. Correo electrónico

samu_mejia@yahoo.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 5 9 6 9 9 0 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 1 2, 3 0

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 1 2, 3 0

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

60. No. de Folios:

61. Fecha

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

985. Cargo

Samuel Mejia Indaburo
CC-9.201.770 C/PX



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
RESOLUCIONES: 2346 de 2007 y 0312 de 2019
(ADMINISTRATIVO)

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

1.1-EMPRESA CONTRATANTE:	CONTRATISTA INDEPENDIENTE							
1.2-Empresa Usaria:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE: SENA		1.3-Ciudad	BOGOTÁ		1.4-Departamento	BOGOTÁ D.C.	
1.5-Actividad Económica:	EDUCACIÓN		1.6-Fecha	Día 14	Mes ENERO	Año 2022		
1.7-APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	MEJÍA INDABURO SAMUEL						1.8-HEMOCLASIFICACIÓN:	A+
1.9-DOCUMENTO:	C.C.	9.271.770	1.10-GÉNERO	MASCULINO	☒ FEMENINO	1.11-Edad (años)	46	
1.12-CARGO A DESEMPEÑAR:	INSTRUCTOR						1.13-NIVEL DE ESTUDIOS	MA
1.14-SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S. SANITAS	A.R.L.	SURA		A.F.P. PORVENIR			
1.15-TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL:	☒	PERIÓDICO:	☐	CAMBIO DE ACTIVIDAD:	☐	ESPECIAL:	
1.16-FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007), EN LOS DIFERENTES EVENTOS: PRE-OCUPACIONAL, PERIÓDICO O POR CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL.							

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:									
2.1-AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☐	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE	NO	☒	SI	☐	
2.2-VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☒	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS	NO	☒	SI	☐	
2.3-GLICEMIA PRE-PRANDIAL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☐	ALTERACIÓN SEVERA	NO	☒	SI	☐	
2.4-COLESTEROL TOTAL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☐	ALTERACIÓN SEVERA	NO	☒	SI	☐	
2.5-TRIGLICÉRIDOS	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☒	ALTERACIÓN SEVERA	NO	☒	SI	☐	
2.6-HDL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☒	ALTERACIÓN SEVERA	NO	☒	SI	☐	
2.7-LDL	NORMAL	☒	ALTERACIÓN LEVE	☐	ALTERACIÓN SEVERA	NO	☒	SI	☐	
2.8-EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental	☐	Cardiovascular	☐	Osteo-articular	☐	Visual	Otro
2.9-EXAMEN MÉDICO-OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				☒	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL				

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

3.1-SIN ALTERACIONES DETECTABLES	☐	SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: SI
3.2-CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	☐	
3.3-DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL	☒	
3.4-RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	☐	
3.5-APLAZADO	☐	

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO											
4.1-VISUAL	☐	☒	USAR PROTECTOR VISUAL	N	O	☒	SI	☐	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	N	O	☐	SI	☒
4.2-CARDIOVASCULAR	☐	☒	RECOMENDACIONES DIETARIAS Y FARMACOLÓGICAS	N	O	☐	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	N	O	☒	SI	☐
4.3-AUDITIVO	☐	☒	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	N	O	☒	SI	☐	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	N	O	☒	SI	☐
4.4-ERGONÓMICO	☐	☒	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	N	O	☐	SI	☒	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	N	O	☒	SI	☐
4.5-RESPIRATORIO	☒	☐	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	N	O	☒	SI	☐	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	N	O	☒	SI	☐
4.6-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	☐	☒	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	N	O	☐	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	N	O	☒	SI	☐
4.7-RIESGO PSICO-SOCIAL	☐	☒	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	N	O	☒	SI	☐	MEDIDAS ADICIONALES	N	O	☒	SI	☐
4.8-RIESGO BIOLÓGICO	☒	☐	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TÉTANICA	N	O	☒	SI	☐	INMUNIZACIONES ADICIONALES	N	O	☒	SI	☐

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

SEGUIR PAUTAS ERGONÓMICAS PREVENTIVAS: HIGIENE POSTURAL Y REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. ELIMINAR AZÚCARES DE LA DIETA. USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES. NO SE DETECTA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS LISTADAS COMO COMORBILIDAD EN LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020.

6-FIRMAS:

 JUAN DANTE NEIRA A. Médico Especialista S.O. Licencia: SDS Res: 9615 09/08/2017	 Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador CC: 9.271.770	 Huella índice derecho
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador	Huella índice derecho



INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLABORAL

1-DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1-APELLIDOS Y NOMBRES del USUARIO:	MEJIA INDABURO SAMUEL						1.2-GÉNERO	MASCULINO	X	FEMENINO
1.3-EDAD (AÑOS):	45	1.4-FECHA DE LA EVALUACIÓN:		Día	14	Mes:	01	Año:	2022	
1.5-DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	TIPO DE DOCUMENTO	TI	CC	X	CE	PS	Nº	9.271.770		
1.6-ESTADO CIVIL:	SOLTERO	X	UNIÓN LIBRE	CASADO	SEPARADO	VIUDO	OTRO			
1.7-CARGO AL QUE POSTULA:	INSTRUCTOR									
1.8-COMPAÑÍA:	CONTRATISTA PARA EL SENA									
1.9-AFILIADO A EPS:	SANITAS									
1.10-POR AFILIAR O AFILIADO A LA ARL:	SURA									
1.11-MOTIVO DE CONSULTA:	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIÓDICO	CAMBIO DE ACTIVIDAD	EGRESO	OTRO				
1.13-PRUEBAS APLICADAS:	TEST PSICOLABORAL WARTEGG DE 8 CAMPOS + ENTREVISTA									
1.14-EXPERIENCIA EN EL CARGO O ACTIVIDAD:	NULA	0-2 AÑOS	2-5 AÑOS	5-10 AÑOS	10-15 AÑOS	15-20 AÑOS	X	≥20 AÑOS		

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PRUEBA:

El Test de Wartegg es una Prueba de Personalidad que utiliza la técnica proyectiva a través de la evaluación de 8 campos en los que refleja características subconscientes del individuo.

Comportamiento observado: Durante la prueba se mostró colaborador y con buena actitud ante la entrevistadora. Tiempo total empleado 20 minutos.

1-SEGURIDAD:	AUTOCONFIANZA	NARCISISMO	BAJA AUTOESTIMA	X	ACTITUD DEFENSIVA
2-AFECTIVIDAD:	DESCRIPCIÓN: Se muestra inquieto respecto a su futuro	TEMOR AL COMPROMISO	X	INTERACTUA EN SITUACIONES DE CONFIANZA	EVITA RELACIONES INTERPERSONALES
3-PROYECTO DE VIDA:	DESCRIPCIÓN: Actitud sociable	OBJETIVOS BIEN DIRECCIONADOS	TEMOR A COMETER ERRORES	X	POCO ORGANIZADO
4-CONTENIDOS INCONSCIENTES:	DESCRIPCIÓN: Percepción limitada en el alcance de sus objetivos	ESTRATEGICO Y CALCULADOR	INHIBICION DE LA EMOTIVIDAD	X	INMADUREZ EN MANEJO DE PROBLEMAS
5-MANEJO DE IMPULSOS:	DESCRIPCIÓN: Inmadurez en el manejo de conflictos	ACTITUD MEDIADORA	PASIVIDAD Y POCO DINAMISMO	X	INADECUADA CANALIZACIÓN DE ENERGÍA
6-TIPO DE RACIOCINIO:	DESCRIPCIÓN: Tendencia a reprimir estados de angustia	EQUILIBRIO ENTRE ASOCIACIÓN Y SÍNTESIS	MAYOR PROCESO DE ASOCIACIÓN	CAPACIDAD IMAGINATIVA	DIFICULTADES EN ANÁLISIS
7-SENSIBILIDAD, SENSUALIDAD y SEXUALIDAD:	DESCRIPCIÓN: Percepción de inferioridad frente a sus propias capacidades. Actitud subjetiva	CALIDEZ EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	MADUREZ AFECTIVA E INTERPERSONAL	INMADUREZ AFECTIVA E INTERPERSONAL	TENDENCIA A FANTASÍA Y MISTICISMO
8-ACTITUD LABORAL Y VALORES:	DESCRIPCIÓN: Sublimación de emociones	FILIACIÓN E INTROYECCIÓN DE LA NORMA	NECESIDAD DE APROBACIÓN	X	INESTABILIDAD
RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:	<p>Samuel demuestra incertidumbre respecto a su futuro, su proyecto de vida es definido aunque se percibe estancado en cuanto al alcance de sus metas personales. Tiende a inhibir estados de angustia y preocupación. A nivel laboral se caracteriza por su sentido de responsabilidad, compromiso y adherencia a normas y parámetros establecidos institucionalmente. Por lo anterior se considera apto para ejercer las funciones del cargo en mención.</p>				

<p>Lenny Andrea Avejlaneda M. Psicóloga Especialista en Salud Ocupacional L.S.O. 3427 / 20</p> <p>Psicóloga Ocupacional: Firma y Sello:</p>	<p>Firma del Aspirante o trabajador evaluado</p> <p>C.C. 6 Documento: 9271770</p>
---	---



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) SAMUEL MEJIA INDABURO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9271770 realizó el día 12/02/2022 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) SAMUEL MEJIA INDABURO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9271770 realizó el día 12/02/2022 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) SAMUEL MEJIA INDABURO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 9271770 realizó el día 12/02/2022 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor SAMUEL MEJIA INDABURO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 9271770, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/11/2022 con riesgo 1.

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): 202201012346221.

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Febrero de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

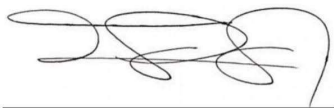
Que nuestro(a) cliente SAMUEL MEJIA INDABURO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 9,271,770 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 136412707 aperturada el 16 de febrero de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 12 de febrero de 2022.

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

Cuenta de 10 dígitos:	0136412707
Cuenta de 16 dígitos:	0136000200412707
Cuenta de 20 dígitos:	00130136000200412707

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: NORTE			COD. SUC: 15		NO. PÓLIZA: 15-46-101025319		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:		A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
24	01	2022	01	02	2022	00:00	31	03	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MEJIA INDABURO SAMUEL						IDENTIFICACIÓN: C.C. :9,271,770					
DIRECCIÓN: CARRERA 10 NUMERO 64-15						CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL					
						TELÉFONO: 3005969904					

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO: SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS REGIONAL DISTRITO CAPITAL						IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1					
DIRECCIÓN: CARRERA 13 NO. 65 – 10						CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL					
ADICIONAL:						TELÉFONO: 5461500					

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.3354521 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS, SEGÚN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDA LA COORDINACIÓN ACADÉMICA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS, POR LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2022	31/03/2023	\$ 3,997,500.00
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 23,163.60	\$ 8,000.00	\$ 5,921.08	\$ 37,084.68	\$ 3,997,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MV ASESORES DE SEGUROS LTDA	143784	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 80-28 - TELÉFONO: 2121808 - BOGOTÁ, D.C.

EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
3 - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
3 - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
3 - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO
15-46-101025319

Samuel Mejía Indaburo

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR



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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

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

DLF143784A

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

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.15-46-101025319**



1. AMPAROS. 0.009.578-6

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 OCACIONEN, 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 OCACIONEN 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, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

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



Nit: 860009578-6

(415)7709998021167(8020)30000024927344(3900)0000000037084(96)20220127

Seguros del Estado S.A

RECIBO DE PAGO N°: 30000024927344

HACE CONSTAR QUE:

FECHA			
24/01/2022 12:27p.m.			
RECIBIMOS DE: MEJIA INDABURO SAMUEL		CC. 9.271.770	
LA SUMA DE: Treinta y siete mil ochenta y cuatro pesos . *****			
POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000024927344			
Póliza/s	Importe SubTotal	IVA	Importe Total
15-46-101025319	\$31.163,00	\$5.921,00	\$37.084,00
FORMA DE PAGO			
ATH - Cuenta Nro. 008465445 \$37.084,00		EFFECTIVO:	\$37.084,00
		CHEQUE:	\$0,00
		TARJETA:	\$0,00
		BD:	\$37.084,00
		OTROS:	\$0,00
TRANSACCION: 0002492734		TOTAL:	\$37.084,00

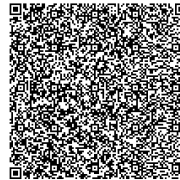
Cajero Rapiestado

**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 15G-99651



Grandes Contribuyentes

I.V.A. Régimen Común

Agente Retenedor de I.V.A.

Código CIIU 6511

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución

Número DDI-042065 13/10/2019

Resolución Dían No. 18764004148302. Fecha de vigencia desde 2020/09/14 hasta
2022/03/14 Con Prefijo 15G, Desde 1 A 500000.

Autoriza DE 1 AL 500000

Fecha validación Dian:2022/01/24 13:44:17

Fecha

24 | 01 | 2022

Hora

00:00:00

Razón Social: MEJIA INDABURO SAMUEL

Cédula de ciudadanía: 9271770

Dirección: CARRERA 10 NUMERO 64-15

Teléfono: 3005969904

E-mail: SAMU_MEJIA@YAHOO.ES

No.	Cód Ramo Comercial	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Uni	Valor
1	46	POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 15 - 101025319	94	1	31,163.60	31,163.60
Total						
1						

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y SIETE MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS

Subtotal 31.163,00

Impoconsumo 0.00

IVA 5.921,00

Total 37.084,00

Firma Autorizada

Forma de Pago

Contado

Medio de Pago

Efectivo

Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4Referencia pago
1100261142914-1