SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**86441-318834**
No. de documento	**123184**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO	**C.C.**	35.116.932	**IP/Nº de contacto**	42310
Correo electrónico contratista:	kurangop@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		54200033496	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2529642/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**80521**	
Valor Total del Contrato	$ 22.440.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.440.000	**1**	**Del**	**24/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 1.340.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.100.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR DE CORDOBA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.340.000		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	**$ 1.340.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 681.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ 75.800	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ 97.000	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 227.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	681.150,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.081.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	2.162,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.337.838,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento de cursos en los municipios de Montería y Chinú
TECNICO EN COMERCIALIZACIÓN DE ALIMENTOS – FICHA 2203085
COMP. procesar la información de acuerdo a las requisiciones y parámetros establecidos por la empresa
TECNICO EN COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS MASIVOS – FICHA 2292826
COMP. promover la interaccion idonea consigo mismo, con los demas y con la naturaleza en los contextos laboral y social.
Programa Oferta regular

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

KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

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

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JORGE ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERRA
INSTRUCTOR

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 800.130.914-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 14198360

0108143520

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: 1 Dependiente [ ] 2 Independiente [X] 3 Pensionado [ ] 4 Independiente por aportación de novedad [ ] — CÓDIGO: 03 — FECHA DE LA SOLICITUD: 11 05 2021

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Urango — SEGUNDO APELLIDO: Pacheco — PRIMER NOMBRE: Kellys — SEGUNDO NOMBRE: Johanna

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35.116932 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 12 12 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO: Código [ ] — 12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] — Condición T [ ] P [ ] — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $908.526. — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cra 33 cll 8a #9-50 — LOCALIDAD / COMUNA: — BARRIO: Wiches

CIUDAD / MUNICIPIO: Cereté — DEPARTAMENTO: Córdoba — ZONA U [X] R [ ] — TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3016553080 — CORREO ELECTRÓNICO: kejourpa@gmail.com — CÓDIGO IPS: 4064

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F [ ] M [ ] — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (en números y en $)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO				35. NIVEL DEL SISBEN	36. GRUPO POBLACIONAL
1			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
2			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
3			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
4			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Urango Pacheco kellys — 36. Tipo documento de identidad: X — 37. Número de identidad: 35116932 — DV: — 38. Tipo de aportante a pagador de pensiones:

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: cra 33 cll 8a #9-50 — cereté — cordoba — 3016553080 — kejourpa@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 05 2021 — CARGO: Independiente — SALARIO: $908.526=

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. ELIMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
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 ACTUALIZACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO: F [ ] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CAUSA ESTUDIO [ ] UBICACIÓN EMPLEADO [ ] UBICACIÓN TRABAJO [ ] MIXTA [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiario(s) relacionado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no cotización al sistema 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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no existencia de un 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 a celular como mensajes de texto [ ]

VIII. FIRMAS

X

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — Cantidad [ ] — Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio y 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 decrete 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 y acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial y del acta administrativa de custodia [ ]
62. Documento en que conste la cesión de la patria potestad y el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de sus 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 jurídico que da la procedencia de las actuaciones contempladas en la que tramite la calidad de beneficiario o se ordene 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 SISBÉN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Afiliación como independiente al régimen contributivo.

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.

· ORIGINAL: E.P.S. ·

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **35.116.932**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Mayo del 2021.

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.

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14544270682

(415)7707217469984(8020) 000001454427068 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3511693	2 6	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3511693 2	1999/01/25

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URANGO	PACHECO	KELLYS	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

41. Dirección principal: CR 33 CL 9 A 50 BRR PLAYA RICA

42. Correo electrónico: kejourpa@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7641469	3167581053

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	52. Número establecimientos
7010	2003/11/06			1 2	2419	

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	4	9																								

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 [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2019 - 05 - 28

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

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

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 10-05-2021 06:27:24PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 800.130.914-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 14198360

0108143520

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: 1 Dependiente [ ] 2 Independiente [X] 3 Pensionado [ ] 4 Independiente por aportación de novedad [ ] — CÓDIGO: 03 — FECHA DE LA SOLICITUD: 11 05 2021

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Urango — SEGUNDO APELLIDO: Pacheco — PRIMER NOMBRE: Kellys — SEGUNDO NOMBRE: Johanna

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35.116932 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 12 12 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO: Código [ ] — 12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] — Condición T [ ] P [ ] — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Positiva

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $908.526. — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cra 33 cll 8a #9-50 — LOCALIDAD / COMUNA: — BARRIO: Wiches

CIUDAD / MUNICIPIO: Cereté — DEPARTAMENTO: Córdoba — ZONA U [X] R [ ] — TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3016553080 — CORREO ELECTRÓNICO: kejourpa@gmail.com — CÓDIGO IPS: 4064

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F [ ] M [ ] — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (en números y en $)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO				35. NIVEL DEL SISBEN	36. GRUPO POBLACIONAL
1			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
2			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
3			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	
4			R [ ] U [ ]									I [ ] II [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Urango Pacheco kellys — 36. Tipo documento de identidad: X — 37. Número de identidad: 35116932 — DV: — 38. Tipo de aportante a pagador de pensiones:

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: cra 33 cll 8a #9-50 — cereté — cordoba — 3016553080 — kejourpa@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 11 05 2021 — CARGO: Independiente — SALARIO: $908.526=

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. ELIMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
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 ACTUALIZACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO: F [ ] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CAUSA ESTUDIO [ ] UBICACIÓN EMPLEADO [ ] CAUSA TIEMPO DE SERVICIO [ ] MISMA EPS [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiario(s) relacionado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no cotización al sistema 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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no existencia de vínculo conyugal, 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 a celular como mensajes de texto [ ]

VIII. FIRMAS

X

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] — Cantidad [ ] — Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio y 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 decrete 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 y acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial y del acta administrativa de custodia [ ]
62. Documento en que conste la cédula de la madre biológica y el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia 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 jurídico que da la procedencia de las actuaciones contenidas en la que declare la calidad de beneficiario o se ordene 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 SISBÉN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Afiliación como independiente al régimen contributivo.

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.

· ORIGINAL: E.P.S. ·

01-21-P-004

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Certificado
Bancario

Lunes, 10 de mayo de 2021

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO identificado(a) con CC 35116932, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	54200033496	2019/06/12	ACTIVA

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

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

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia

Escaneado con CamScanner

PASO
Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO
Identificación: CC 35116932
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1980-12-12 Edad: 40 A
Dirección CRA 33 CALLE 9A -50 B/VILCHES
Teléfono: 3016553080
Empresa: SENA
Empresa en misión: SENA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.52 Peso (kg): 55.0 IMC: 23.81 Grupo Sanguineo: A +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00168215 Fecha apertura: 20210511 08:21:01
Fecha cierre: 20210511 15:36:27
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

HEMOGRAMA TIPO I,GLICEMIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PERFIL LIPIDICO,OPTOMETRIA GENERAL

RECOMENDACIONES LABORALES

Control medico anual.
Inducción.

MANEJO POR EPS

Control cada 6 meses por optometria.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de intensidad moderada diarios .

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Uso de Rx óptica de protección UV.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observación

Enfasis cardiovascular normal.
Enfasis dermatologico normal.
Enfasis osteomuscular normal.
Enfasis psicometrico normal.

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 35116932

La IPS PEÑA ASESORES SALUD OCUPACIONAL SAS, cumple con los protocolos de bioseguridad, ajustándose a la resolución 666 de 2020 para la atención de nuestros usuarios. Las cuales consisten en el uso obligatorio de tapabocas para todos los asistentes a la IPS, aplicar la encuesta epidemiológica de covid-19, desinfección de calzado, toma de temperatura, lavado de mano y pulso (oximetro) de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

Escaneado con CamScanner

PASO
Peña Asesores en Salud Ocupacional SAS
Prevención, Capacitación y Asesorías

Dir: Cra 14 No. 16 - 28 Barrio Urbina - Montería - Córdoba
Telefax: (4) 7863300 - (4) 7867591 - (4) 7832777
Cel. 315 7331760 - 315 7135367

E-Mail: pasomonteria@telecom.com.co - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente: KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO — Identificación: CC 35116932
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1980-12-12 Edad: 40 A
Dirección CRA 33 CALLE 9A -50 B/VILCHES — Teléfono: 3016553080
Empresa: SENA
Empresa en misión: SENA
Actividad económica:
Talla (mts): 1.52 Peso (kg): 55.0 IMC: 23.81 Grupo Sanguineo: A +



EVALUACION REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00168215 Fecha apertura: 20210511 08:21:01
Fecha cierre: 20210511 15:36:27
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

EXAMENES REALIZADOS

HEMOGRAMA TIPO I,GLICEMIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PERFIL LIPIDICO,OPTOMETRIA GENERAL

PRUEBA OPTOMETRIA

ORGANO / SISTEMA

Agudeza Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión proxima sin corrección	20/20		20/20	
Complementaria	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión de colores	Normal		Normal	
Estado Motor I	**Normalidad**	**Hallazgo**		
PPC	8 CM			
Estado Motor II	**Normalidad**	**Hallazgo**		
VL	Normal			
VP	Normal			
Refracción	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Esfera	+0.25		+0.50	
Refracción subjetiva	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Esfera	NEUTRO		NEUTRO	
Oftalmoscopía	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Fondo sano	X		X	
Estereopsis	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Estereopsis	Normal			
Estado de correccion	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Normal	X		X	
Recomendaciones	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Uso de protección solar	X			
Uso de antireflejos	X			

Resultado Prueba

Escaneado con CamScanner

Resultado Prueba

Resultado: Emétrope

Recomendación: Uso de Rx óptica de protección UV.

Observación:

EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

EXAMEN / ANALISIS / RESULTADO	Resultado	Referencia
GLICEMIA		
Glicemia	84 mgs%	70 a 110
HEMOGRAMA TIPO I	**Resultado**	**Referencia**
Hemoglobina	11.5 gr%	> 11 años: 12.0 - 14.0.
Hematocrito	36	> 11 años: 35.0 - 44.0.
Linfocitos	35 %	> 19 años: 10.0 - 51.0 %
Monocitos	7 %	> 19 años: 1.7 - 9.3 %
Recuento de Plaquetas	380	150.000-300.000
PERFIL LIPIDICO	**Resultado**	**Referencia**
Colesterol Total (CT)	164 mg%	<200 mg%:Ideal
Colesterol de alta densidad (HDL)	34 mgs%	35 a 55 mg%:Ideal
Colesterol de baja densidad (LDL)	115 mgs%	66 a 178 mg%:Ideal
Colesterol de muy baja densidad (VLDL)	15 mgs%	<34 mg%
Triglicéridos	76 mgs%	<170 mg%:Ideal

Dr. Orlando Peña Dimare
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 35116932

Escaneado con CamScanner

DunaLab
NIT: 900517512-4

Dra Carmen Inés Duque Nader
Bacterióloga Director
Avenida Circunvalar Cra 14 No 17 - 24 Tel 7890808
Sede Norte Calle 74 No. 5 - 70 Cel 300 2631940
Montería Córdoba Colombia

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**		Impreso 11 may. 2021 03:34:26 pm
Id. Paciente	**CC 35116932 URANGO KELLYS**	Sexo: F Edad: 40A 4M 5D	**No. De Recepción** **181803**
Teléfonos		Fecha De Recepción	11 may. 2021 08:47:48 am
Entidad	PEÑA ASESORES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S	SubEntidad	PASO
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	MEDICO 00 SIN REGISTRO

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
Colesterol total sérico	164	mg/dl	140 a 200

INTERPRETACION:

ADULTOS
Deseable Menor de ..... 200 mg/dL
Limitrofe ..... 200 a 239 mg/dL
Elevado mayor de ..... 240 mg/dL

NIÑOS Y ADOLESCENTES:
Deseable Menor de ..... 170 mg/dL
Limitrofe ..... 170 a 199 mg/dL
Elevado mayor de ..... 200 mg/dL

Glucosa sanguínea	84	mg/dl	70 a 110

Prematuro:.....20 a 60 mg/dl
0 a 1 dia:.....40 a 60 mg/dl
> 1 dia:.....50 a 80 mg/dl
Niños y Adultos:.70 a 110 mg/dl

Triglicéridos sérico	76	mg/dL	50 a 170

INTERPRETACION

DESEABLE ..... <170 mg/dL
LIMIAR ALTO ..... 170 - 199 mg/dL
ELEVADO ..... 200 - 499 mg/dL
MUY ELEVADO ..... >500 mg/dL

Colestrol H.D.L.	34	mg/dL	

INTERPRETACION

BAJO ..... <40 mg/dL
ELEVADO (Deseable) ..... >60mg/dL

colesterol L.D.L.	115,00	mg/dl	66 a 178
Colesterol V.L.D.L.	15,00	mg/dl	10 a 34
HEMATOLOGIA			

Escaneado con CamScanner

DunaLab
NIT: 900517512-4

Dra Carmen Inés Duque Nader
Bacterióloga Director
Avenida Circunvalar Cra 14 No. 17 - 24 Tel 7890808
Sede Norte Calle 74 No. 5 - 70 Cel 300 2631940
Montería Córdoba Colombia

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**		Impreso 11 may. 2021 03:34:26 pm
Id. Paciente	**CC 35116932 URANGO KELLYS**	Sexo: F Edad: 40A 4M 9D	**No. De Recepción** **181803**
Teléfonos		Fecha De Recepción	11 may. 2021 08:47:48 am
Entidad	PEÑA ASESORES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S	SubEntidad	PASO
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	MEDICO 00 SIN REGISTRO

HEMATOLOGIA

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMOGRAMA			
Hemoglobina	11,50	gr/dl	13 a 16
Hematocrito	36,00	%	36 a 48
Eritrocitos	3,98	x10^6/mm³	3,80 a 5,80
Volumen corpuscular medio (PVC)	90,45	um3	80 a 99
Promedio de Hemoglobina Corpuscular (PHC)	28,89	pg	26,50 a 33,50
Promedio de Concentración de Hemoglobina Corpuscular (PCHC)	31,94	gr/dl	32 a 36
Recuento de Leucocitos	5,60	x10^3/mm³	5 a 10
Neutrofilos	56,00	%	55 a 65
Linfocitos	35,00	%	25 a 35
Monocitos	7,00	%	1 a 8
Eosinofilos	2,00	%	1 a 5
Recuento de Plaquetas	380.000,00	/mm³	150000 a 450000

Ibeth J. Ruiz Ch
T.P. 341/2008

Escaneado con CamScanner

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-46-101005651	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
24	05	2021	21	05	2021	00:00	30	04	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	URANGO PACHECO KELLYS JOHANNA	Identificación:	35116032
Dirección:	CR 33 CL 9A 50 BRR PLAYA RICA	Ciudad: CERETE - CORDOBA	Teléfono: 3167581054

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Identificación:	899999034-1
Dirección:	KM 47 VIA TIERRALTA	Ciudad: MONTERIA - CORDOBA	Teléfono: 7837063

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.2529642 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PRESENCIAL EN EL PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR DE CÓRDOBA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	21/05/2021	30/04/2022	$ 2,244,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 2,244,000.00	24/05/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
BURGOS FADUL DIANA PATRICIA	153492	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 28 NO.1-23 LOCAL 3 - Teléfono: 7813230 - MONTERIA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

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

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

Hacemos constar, que la póliza No. 53-46-101005651, 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 MONTERIA, a los 24 días del mes de Mayo de 2021

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Escaneado con CamScanner

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

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.53-46-101005651

1. AMPAROS.

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

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

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

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

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

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

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

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

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

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

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

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

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES.

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

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

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

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

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

Escaneado con CamScanner

3. SUMA ASEGURADA.

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

4. VIGENCIA.

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

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. COMPENSACIÓN.

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

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

8. PLAZO PARA EL PAGO.

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

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

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

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

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

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

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

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

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

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

13. COASEGURO

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

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35116932 realizó el día 16/06/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo KELLYS JOHANNA URANGO PACHECO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35116932 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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