SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **73** |
| **Código Centro** | **922610** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **13790-950722** |
| **No. de documento** | **167755** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ | **C.C.** | 65.773.011 | **IP/Nº de contacto** | 123 |
| **Correo electrónico contratista:** | monicamondragon@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24103630940 | |
| **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:** | 2629922/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **181821** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.661.667 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 20.661.667 | **1** | **Del** | **09/07/2021** | **Al** | **31/07/2021** | **$ 2.951.667,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 17.710.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.2629922, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DENTRO DEL PROGRAMA REGULAR INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA Â€“ EMPRE

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.951.667 | | 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** | **$ 2.951.667** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.961.300** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **0** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.180.667 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 147.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 189.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 653.767 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.961.300,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.615.067,00 | |
| 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 - 8541 | 7.845,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Bomberos | 471,00 | 6,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | | |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 2.943.351,00** | |

**SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales para la formacion de Comportamiento Emprendedor (Matriz de analisis del diseño curricular al desarrollo curricular, guia de aprendizaje, ATA)
También se realizó mercadeo en la consecución de aprendices para la formación de Comportamiento Emprendedor.
Estas actividades se realizaron en la ciudad de Ibagué

**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.

**MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ**
**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,

**PITTER FERNEY BORRERO LOPEZ**
**INSTRUCTOR**

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

**LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

CE-006 - 0000000100 – 2021

# CERTIFICA

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

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 65773011 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Mondragon Gomez,Monica Adriana |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2019 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Mondragon Gomez,Monica Adriana, a los 28 días del mes de junio del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.773.011**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Junio 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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740732025

(415)7707212489984(8020) 000001474073202 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 5 7 7 3 0 1 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Ibagué 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 5 7 7 3 0 1 1 | 1 9 9 5 0 2 1 3 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MONDRAGON | GOMEZ | MONICA | ADRIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 5 A 48 31

42. Correo electrónico: monicamondragon07@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 7 7 3 8 5 5 | 3 1 4 2 7 1 7 3 0 3 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 1 1 0 3 0 8 | 8 5 2 3 | 2 0 1 1 0 3 0 8 | | | | 4 1 1 2 | |

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 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:

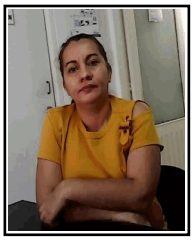
984. Nombre

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

Dr. Miguel Ángel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 8.147**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 06 MES | 2021 AÑO | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

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

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

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

| MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 44 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS | CC | 65773011 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

| Cargo | Dependencia del Trabajador |
|---|---|
| **INSTRUCTORA PRESENCIAL AREA DE EMPRENDIMIENTO** | **SENA REGIONAL TOLIMA - CENTRO DE INDUSTRIA Y DE LA CONSTRUCCION** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| VISIOMETRÍA | ✓ | COLESTEROL TOTAL | ✓ |
| GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | ✓ | TRIGLICERIDOS | ✓ |
| EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR | ✓ | HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO | ✓ |
| CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL | ✓ | UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA | ✓ |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | ✓ | EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ | ✓ |
| AUDIOMETRIA SOD | ✓ | ÉNFASIS CARDIOVASCULAR | ✓ |

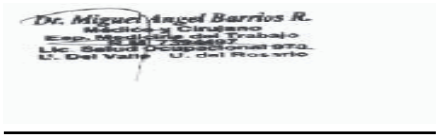
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO EN CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA, SE DAN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN TORNO A COVID 19, SE DAN RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. NO PRESENTA RESTRICCIÓN MÉDICA PARA EL CARGO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico




**Firma:**

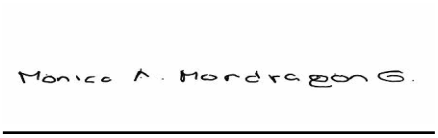
**Nombre:** BARRIOS RENGIFO MIGUEL ANGEL

**R. M.:** 7394497 **L.S.O.:** 970

**Código de Seguridad**

**Z579F1L8147**

## Aspirante o Trabajador




**Firma:**

**Nombre:** MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA

**CC:** 65773011

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

## CONCEPTO SOCIAL Y MENTAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **25** | **6** | **2021** | IBAGUE | Ingreso | **X** | Egreso | | Periódico | |
| DD | MM | AAAA | CIUDAD | | | | | | |

| Trabajo en Alturas | | Porte de Armas | | **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** |
|---|---|---|---|---|

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

| **MONICA** | **ADRIANA** | **MONDRAGON** | **GOMEZ** | Doc. identificación | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **65.773.011** |
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido | Tipo | Número |

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **EXAMEN AREA EMOCIONAL** | SATISFACTORIO | **X** | NO SATISFACTORIO | | APLAZADO | |
| **IDEACION SUICIDA** | NO REPORTA | **X** | REPORTA | | | |
| **ESTADO SOCIAL** | SATISFACTORIO | **X** | NO SATISFACTORIO | | APLAZADO | |
| **NIVEL DE ANSIEDAD** | BAJO | **X** | MEDIA | | ALTA | |
| **ACROFOBIA** | BAJA | **X** | MEDIA | | ALTA | |
| Observación | **NINGUNA** | | | | | |
| **CONCEPTO PSICOLOGICO** | **APTO Cumple con todos los criterios** | **X** | **APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.** | | **NO APTO Alto riesgo.** | |

**PSICOLOGO LICENCIA S.S.T NO 266 del 2018**
**Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 10413**

# VISIOMETRIA OCUPACIONAL

Empresa Sinea Fecha: 27-06-021.

Nombre y Apellidos: Monica Patricia Mondragon Gomez

C.C. 65773.011 Edad 44.

Cargo: Instructora. Tipo 3.

Antecedentes Personales: —

Antecedentes Visuales: —

Riesgo de Exposición: VDT

Usa anteojos formulados SI ☐ NO ☒ Uso

Trae su Rx SI ☐ NO ☒ Ultimo Examén 18 meses,

Sintomatología: Visión disminuida de cerca

| Agudeza Visual | Sin Rx | | Con Rx | |
|---|---|---|---|---|
| | Lejos | Cerca | Lejos | Cerca |
| O.D. | 20/20 | ✓ | O.D | |
| O.I. | 20/20 | ✓ | O.I. | |

Examén Externo Normal.

Motilidad Ocular: Normal

Visión Profundidad: Normal

Visión Cromática: Normal.

Impresión Diagnostica: Prestbicia

Sin Restricciones.

**Recomendaciones:**

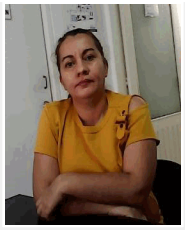
| | | | |
|---|---|---|---|
| Optometria | ☒ | Uso de EPPVisual | ☐ |
| Oftalmología | ☐ | Cambio de lentes | ☐ |
| Ortóptica | ☐ | Otros Lentes de Cerca | |

Dr. Ricardo Velandia R.
OPTOMETRA OPTOMETRA - U. DE LA SALLE
REG. 1 FOLIO 152 S.S. TOLIMA

PACIENTE C.C.

Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 2406**

**Fecha:** 25/06/2021 **Ciudad:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SANITAS
**CC:** 65773011 **Nombre:** MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA **Edad:** 44 AÑOS 6 M **Genero:** FEMENINO
**Fecha Nacimiento:** 07/12/1976 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Ocupacion:** INSTRUCTORA PRESENCIAL AREA DE E

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDÍFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | ULTIMA AUDIOMETRIA HACE 3 AÑOS. |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

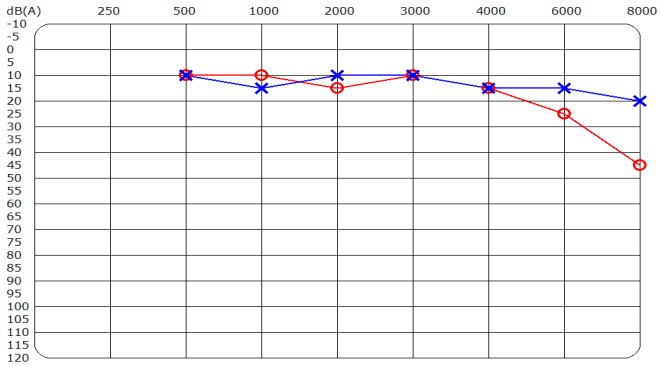
**Descanso auditivo(Horas) :** **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA25 **F. Ultima Calibración:** 2020-10-03

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** TAPON DE CERUMEN
**Oído izquierdo:** LIBRE DE CERUMEN

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | | 10 | 10 | 15 | 10 | 15 | 25 | 45 |
| VAOI | | 10 | 15 | 10 | 10 | 15 | 15 | 20 |




**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Moderada(41 - 55 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

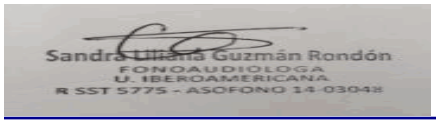
| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| H919 | HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA | DERECHO | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |
| LAVADO AUDITIVO OIDO DERECHO | LIMPIEZA OTICA |
| AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA | |

**Observaciones**

OI: NORMAL
OD: CAIDA LEVE A MODERADA FRECUENCIAS 6000 Y 8000 HZ
NO: MP3, MANOS LIBRES, MUSICA ALTO VOLUMEN.
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.

**FONOAUDIÓLOGO**




**Firma:**
**Nombre:** GUZMAN RONDON SANDRA LILIANA
**R. M.:** 5775 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**

**Firma:**
**Nombre:** MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA
**CC** 65773011

Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS S.A.S
Salud Empresarial y Auditoría Médica

# VALORACION VOZ

## 1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 25-6-21 Empresa: Sena Ocupacion: Instructa Antigüedad: 9A
Nombre: Monica. Adriana. Mondragon CC No: 60.773.011.
Sexo: F ✓ M ___ Edad: 44 A Tel: ___ Tiempo en el Oficio: 9A

## 2.MOTIVO DE CONSULTA

Ingreso.

## 3.ANTECEDNTES

**A MEDICO/QUIRURGICOS**

| | | |
|---|---|---|
| ENDOCRINOS | Si ___ | No ✓ |
| RESPIRATORIOS | Si ___ | No ___ |
| GASTRICOS | Si ___ | No ✓ |
| NEUROLOGICO | Si ___ | No ✓ |
| ALERGICOS | Si ___ | No ___ |
| AUDIOLOGICOS | Si ___ | No ___ |
| Cx. CABEZA7CUELLO | Si ___ | No ✓ |
| OTROS | Si ___ | No ___ |

CUAL: ___

**B FARMACOLOGICOS** Si ___ No ✓
CUAL: ___

**C HABITOS** Si ___ No ___
Alimenticios: Frio.
Fumar: NO
Bebidas Alcoholicas: No.

**D OCUPACIONAL** Si ___ No ___
CUAL: 4 horas.

**E FAMILIARES** Si ___ No ___
CUAL: ___

**F AMBIENTALES** Si ✓ No ___
CUAL: Frio.

**G T. FONOUDILOGICO** Si ___ No ✓
CUAL: ___

## 4.POSTURA Y TONICIDAD

### A.POSTURA ESTATICA

| VISTA ANTERIOR | | VISTA LATERAL | |
|---|---|---|---|
| ADECUADA | ✓ | ADECUADA | ✓ |
| DERECHA | | DERECHA | |
| IZQUIERDA | | IZQUIERDA | |

### B.TONICIDAD

B1. Dinamica (cabeza, cuello y hombros)

| | FLEXION | EXTENCION | FLEXION LATERAL | ROTACION | SENTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADA | ___ | ___ | ___ | ___ | ✓ |
| INSUFICIENTE | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ___ |
| NULO | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

OBSERVACIONES: Tensión muscular a nivel de Cuello.

B2. Palpacion (cabeza, cuello y hombros) TONICIDAD

| | GENERAL | SUPRAHIOIDEA | INFRAHIOIDEA | CERVICAL |
|---|---|---|---|---|
| ADECUADA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| HIPERTONICA | ___ | ___ | ___ | ___ |
| HIPOTONICA | ___ | ___ | ___ | ___ |

| | ESCAPULAR | M. TIROIDEA | TENSION LARINGEA | ALTURA LARINGEA |
|---|---|---|---|---|
| ADECUADA | ✓ | ✓ | ___ | ✓ |
| HIPERTONICA | ___ | ___ | ___ | ___ |
| HIPOTONICA | ___ | ___ | ___ | ___ |

OBSERVACIONES: Normal

## 5.RESPIRACION

| RESPIRACION EN REPOSO | | REAPIRACION EN FONACION | | TIPO RESPIRATORIO | | COORDINACION FONORESPIRATOIRA | | CICLO RESPIRATORIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ORAL | ___ | ORAL | ___ | ALTO | ___ | ADECUADA | ___ | NASAL-NASAL | ___ |
| NASAL | ✓ | NASAL | ___ | MEDIO | ___ | ALTERADA | ___ | BUCAL-BUCAL | ___ |
| MIXTO | ___ | MIXTO | ✓ | BAJO | ___ | MUY ALTERADA | ___ | MIXTO | ___ |

Costo Clavicular

## 6.PRUEBA DE GLAZER

No se logro realizar debido a protocolo Covid 19.

EN REPOSO

EXISTE ESCAPE NASAL DE AIRE SI ___ NO ___

EN FONACION

EXISTE ESCAPE NASAL EN FORMACION SI ___ NO ___

## 7.PARAMETROS VOCALES

AUDITIVOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CARRASPEO | SI ___ | NO ✓ | TOS | SI ___ | NO ___ |
| VARIACION DE LA VOZ | SI ___ | NO ✓ | FATIGA VOCAL | SI ___ | NO ✓ |
| QUIEBRES TONALES | SI ___ | NO ___ | INTENSIDAD ALTA | SI ___ | NO ___ |
| INTENSIDAD BAJA | SI ___ | NO ✓ | TONO AGUDIZADO | SI ___ | NO ___ |
| TONO AGRAVADO | SI ___ | NO ___ | NASALIZACION | SI ___ | NO ✓ |

OBSERVACION: Tiempo Maximo de fonacion adecuado

## 7.SOMATO SENSORIAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO | SI ___ | NO ✓ | SED O RESEQUEDAD | SI ___ | NO ✓ |
| SENSACION DE OPRESION EN CUELLO | SI ___ | NO ✓ | ARDOR | SI ___ | NO ✓ |
| ACIDEZ | SI ___ | NO ✓ | CAMBIO DE LA SALIVA | SI ___ | NO ___ |
| AHOGO | SI ___ | NO ✓ | | | |

OBSERVACION: Normo

## 8.CARACTERISTICAS

| EMISION | | INTENSIDAD | | ALTURA TONAL | | EXTENSION TONAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORMAL | ___ | ADECUADA | ✓ | ADECUADA | ✓ | ADECUADA | ✓ |
| DISFONIA | ___ | FUERTE | ___ | AGUDA | ___ | REDUCIDA | ___ |
| AFONIA | ___ | DEBIL | ___ | GRAVE | ___ | VARIABLE | ___ |

| ATAQUE VOCAL | | APERTURA BUCAL | | TEMBLOR DE VOZ | |
|---|---|---|---|---|---|
| NORMAL | ✓ | ADECUADA | ✓ | AUSENTE | ✓ |
| DURO | ___ | AUMENTADA | ___ | PRESENTE | ___ |
| SOPLADO | ___ | ESCASA | ___ | | |

OBSERVACION: Paciente refiere disfonia al terminar las actividades ocasionalmente.

## 9. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO

Condiciones de voz apropiadas para el desempeño de su labor.

## 10. RECOMENDACIONES

Realizar Higiene vocal: ___ ✓ Correccion tipo Respiratorio___ ✓ Clases Tecnica Vocal :___

Hidratacion constante ___ ✓

Sandra Liliana Guzmán Rondón
FONOAUDIOLOGA
U. IBEROAMERICANA
RSS 5775 - ASOFONO 14-03048
**FONOAUDIOLOGIA**
Firma -Sello

Mónica A. Mondragón G.
**FIRMA DEL TRABAJADOR**

02713706

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

**Paciente** : MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA
**Historia** : 65773011
**Identificación** : 65773011
**Edad/Sexo** : 44 / F
**Telefono** : 0.3142717303
**Remisión** : 02713706

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA
**Convenio** : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
**Fecha Recepción**: 2021-06-25 09:12:25
**Fecha Impresión** : 2021-06-25 11:52:31.
**Empresa** :

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA | |
|---|---|---|---|---|
| **HEMATOLOGIA** | | | | |
| **Hemograma Tipo III - Método Automático** | | | | |
| Recuento de Eritrocitos | **4.96** | x10^6/mm^3 | 4.50 - | 6.50 x10^6/mm^3 |
| Hemoglobina | **13.6** | g/dl | Hom. 14.5-16.5 | Muj. 12.0-15.0 |
| Hematocrito | **42.29** | % | Hom. 40 - 50 | Muj. 35 - 45 |
| Volumen Corpuscular Medio | **85** | um^3 | 80 - | 100 fl |
| HB Corspuscular Media | **27.4** | pg | 27.0 - | 32.0 pg |
| Concentración HB Corpucular Media | **32.2** | g/dl | 31.0 - | 38.0 g/dl |
| Ancho Distribución Eritrocitaria | **14.3** | % | 11.5 - | 16.0 % |
| Recuento de Plaquetas | **402** | x10^3/mm^3 | 150 - | 450 x10^3/mm^3 |
| Volumen Plaquetario Medio | **8.3** | um^3 | 6.0 - | 10.0 fl |
| Ancho Distribución Plaquetaria | **36.9** | | | |
| Plaquetocrito | **0.33** | | | |
| Recuento de Leucocitos | **6.99** | x10^3mm^3 | 4.0 | 10.0 |
| % Neutrofilos | **57.5** | % | | |
| % Linfocitos | **39.0** | % | 25.0 - | 50.0 % |
| % Monocitos | **3.5** | % | 2.0 - | 10.0 % |
| # Neutrofilos | **4.02** | x10^3mm^3 | | |
| # Linfocitos | **2.73** | x10^3mm^3 | 1.0 - | 5.00 x10^3mm^3 |
| # Monocitos | **0.24** | x10^3mm^3 | 0.20 - | 1.50 x10^3mm^3 |

Fecha / Hora Validado : 2021-06-25 / 10:21

Validado por:

GREIS MARITZA CABRERA SANTACRUZ
BACTERIOLOGA
T.P 37.083.538

**QUIMICA**

**ADVERTENCIA LEGAL**

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

02713706

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

**Paciente** : MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA
**Historia** : 65773011
**Identificación** : 65773011
**Edad/Sexo** : 44 / F
**Telefono** : 0.3142717303
**Remisión** : 02713706

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA
**Convenio** : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
**Fecha Recepción**: 2021-06-25 09:12:25
**Fecha Impresión** : 2021-06-25 11:52:31.
**Empresa** :

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|

## QUIMICA

### Triglicéridos

Trigliceridos **114** mg/dl

> 500 mg/dL MUY ALTO
200 - 499 mg/dL ALTO
150 - 199 mg/dL DUDOSO
Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2021-06-25 / 11:04

### Colesterol Total

Colesterol
RESULTADO **268.1** mg/dl

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

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2021-06-25 / 11:04

### Glucosa

-
Glucosa **98.17** mg/dl 70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2021-06-25 / 11:04

Validado por:

GREY CECILIA OCHOA DURÁN
BACTERIOLOGA
1065631015

## UROANALISIS

**ADVERTENCIA LEGAL**

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

02713706

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

E- mail: recepcion@bioanalisis.co - www.bioanalisis.co

**Paciente** : MONDRAGON GOMEZ MONICA ADRIANA
**Historia** : 65773011
**Identificación** : 65773011
**Edad/Sexo** : 44 / F
**Telefono** : 0.3142717303
**Remisión** : 02713706

**Origen** : IBAGUE - TOLIMA
**Convenio** : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
**Fecha Recepción**: 2021-06-25 09:12:25
**Fecha Impresión** : 2021-06-25 11:52:31.
**Empresa** :

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **UROANALISIS** | | | |
| **Uroanálisis [Citoquímico de Orina]** | | | |
| UROANALISIS | | | |
| ANALISIS FISICO QUIMICO | | | |
| Color | **AMARILLO** | | |
| Aspecto | **TURBIO** | | |
| PH | **7.0** | | |
| Densidad | **1.015** | | |
| Glucosa | **NEGATIVO** | | |
| Proteinas | **+ (30 mg/dl)** | | |
| Cetonas | **NEGATIVO** | | |
| Bilirrubinas | **NEGATIVO** | | |
| Urobilinogeno | **NORMAL** | | |
| Sangre ( Hemoglobina ) | **NEGATIVO** | | |
| Nitritos | **NEGATIVO** | | |
| Leucocitos | **NEGATIVO** | | |
| ANALISIS MICROSCOPICO | | | |
| Células epiteliales | **2-4** | /campo | |
| Leucocitos | **1-3** | /campo | |
| Eritrocitos | **NO SE OBSERVA** | /campo | |
| Bacterias | **1+** | | |
| Moco | **1+** | | |
| Fosfatos Amorfos | **2+** | | |

Fecha / Hora Validado : 2021-06-25 / 10:16

Validado por:

CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
944227695

**ADVERTENCIA LEGAL**

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

## Hace constar:

Que el Sr(a) MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65773011 realizó el día 28/07/2021 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 MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65773011 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

_____
Firma

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 65773011, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 09/07/2021 y fecha fin de contrato 18/12/2021 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): 202101017325055.

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de Julio de 2021.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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



Impreso por Internet el 30/07/2021 12:26:24 p. m.
ISCDC: 30/07/2021 12:26:24 p. m.

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MONICA ADRIANA MONDRAGON GOMEZ Identificado con CC 65773011

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina EL JORDAN, con las siguientes características:

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24103630940 |
| **Fecha de apertura:** | 13 de Enero de 2021 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 20 del mes Junio de 2021.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | BOGOTA | 11 | 11-44-101170474 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 07 | 2021 | 07 | 07 | 2021 | 00:00 | 30 | 04 | 2022 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| MONDRAGON GOMEZ, MONICA ADRIANA | CC: 65.773.011 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| MZ. A CASA 28 URB. EL REMANSO | IBAGUE, TOLIMA | 3142717303 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

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

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.2629922 DE 2021, CUYO OBJETO ES:Prestacion de servicios profesionales y de apoyo a la gestion para impartir formacion titulada y/o complementaria en la modalidad presencial dentro del programa Regular Institucional de Pedagogia Emprendimiento o programas afines a su perfil del Centro de Industria y Construccion en la vigencia 2021

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 07/07/2021 | 30/04/2022 | $2,066,166.70 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******5,320.00 | $ **********33,320.00 | $ ********2,066,166.70 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO NOMBRE | CLAVE | % DE PART. |
|---|---|---|
| LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA | 112277 | 100.00 |

DISTRIBUCION COASEGURO

| NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

*PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.*

11-44-101170474

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Mónica A. Mondragon

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

DLF112277C



Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | BOGOTA | 11 | 11-44-101170474 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 07 | 2021 | 07 | 07 | 2021 | 00:00 | 30 | 04 | 2022 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| MONDRAGON GOMEZ, MONICA ADRIANA | | | CC: 65.773.011 |
| DIRECCIÓN: MZ. A CASA 28 URB. EL REMANSO | CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA | | TELÉFONO: 3142717303 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

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

P.. GUESTADO
PORTAL DE PAGOS

**PAGINA WEB**

pse

VISA

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

Baloto

Super INTER

SURTIMAX

Bancolombia

éxito

**Pagos con convenio *No aplica para transferencias**

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

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S A Cuenta Convenio 47189

Escaneado con CamScanner

[5P_-411444]

CORRESPONSAL
APUESTAS GANAGANA
NIT 890706022-2
BANCO DE BOGOTA

---

Numero de Transaccion: 320235

FECHA: 07-07-2021 19:12:29
Generado por: 39317711 SANDY MILENA DUARTE ARIAS

Datos Transaccion

---

Identificacion cliente: 1100061869346 3
Codigo convenio: 4361
Referencia: 110006186934 63
Medio de Pago: Efectivo
Valor: 33.320,00
Linea de Atencion de ATH
Bogota 7432626
Resto del pais: 018000512825
Oficina:4 Equipo:205
Sitio de Venta: 539
Terminal ATH: 205

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES NO. _____ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015**

## 1. AMPAROS.

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

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

### 1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

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

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

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

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

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

### 1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

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

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

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

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

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

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

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

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

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

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

**EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS**

**EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.**

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

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

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

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

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

**2. EXCLUSIONES.**

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

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

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

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

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

**3. SUMA ASEGURADA.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA

CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

**4. VIGENCIA.**

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

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. COMPENSACIÓN.**

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

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

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

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

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

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

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

EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

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

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

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

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

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

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

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

**13. COASEGURO**

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

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN _____ A LOS _____ (  ) DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____.