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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**46661-996178**
No. de documento	**341478**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ	**C.C.**	65.742.195	**IP/Nº de contacto**	3124257447
Correo electrónico contratista:	spsaavedra@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 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		04587907611	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3403066/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**33722**	
Valor Total del Contrato	$ 32.912.750	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.912.750	**1**	**Del**	**25/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 932.750,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.980.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 932.750		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	**$ 932.750**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 485.813**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7821260169**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 161.938	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	485.813,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	647.750,00	
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	6.257,00	0,966%
-	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	**$ 926.493,00**	

SON: NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Planeación y alistamiento de los procesos formativos a los aprendices. Actividades adicionales: 38,00 horas
Obligación 22: Cumplimiento de la programación asignada de acuerdo al informe de la plataforma Sofia plus. Actividades adicionales: 38,00 horas

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

SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ
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 CIFUENTES
INSTRUCTOR G20

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CE-006 - 0000000100 – 2022

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 65742195
NOMBRES Y APELLIDOS	Saavedra Hernandez,Sandra Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	24/02/2010
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Saavedra Hernandez,Sandra Patricia, a los 11 días del mes de febrero del año 2022.

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:

SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.742.195**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14739371031

(415)7707212489984(8020) 000001473937103 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
65742195	8	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	65742195	1987/07/02

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Ibagué 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SAAVEDRA	HERNANDEZ	SANDRA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 40 SUR 72 L 40 IN 6 AP 503 BRR CARIMAGUA

42. Correo electrónico: spsaavedra@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3063995	3104527359

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
8541	2010/02/01	8542	2010/02/01	8691			

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 20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022 - 01 - 02 / 17 : 17: 31

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: SAAVEDRA HERNANDEZ SANDRA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-01-2022 05:18:57PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con Cam

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 817928	Fecha Impresión 2022-01-21	Empresa Contratante	PARTICULARES
Nombre	SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ	Empresa a Laborar	
Cargo	INSTRUCTOR	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	65742195	Sede	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2022-01-21 06:37:11	Fecha Salida	2022-01-21 10:49:37



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- Psicotécnico Operativo
- Audiometría
- Optometría
- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clínico

- Perfil Lipídico
- Cuadro Hemático III
- Glicemia

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

CARDIOVASCULAR	REALIZADO
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS
- Remisión a EPS por :

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

/ PAUSAS ACTIVAS, GIMNASIA LABORAL, HIGIENE POSTURAL //USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL // USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA// CONTINUAR MANEJO MEDICO DE PATOLOGIAS DE BASE //HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE PESO // SOLICITAR VALORACION MEDICA EN EPS PARA CONTROL Y MANEJO METABOLICO, SEGUIMIENTO DE PERFIL LIPIDICO Y GLUCOSA/

Recomendaciones Especificas Empresa

>CONFORME A LA RESOLUCION 777 DE JUNIO DE 2021, ARTICULO 5 Y 6 : EL TRABAJADOR PUEDE DESARROLLAR SU ACTIVIDAD LABORAL DE FORMA PRESENCIAL, SE RECOMIENDA ADHERIR A LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD VIGENTES, IMPLEMENTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA COVID - 19/ Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: LEIDY KATHERINE PEÑA OSORIO
CC: 1013633114
Registro médico: 1013633114
Licencia N°: 3813 13/08/2020

Firma del trabajador: SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ
CC: 65742195

Escaneado con Cam

Ir al inicio

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 21/01/2022
Hora: 10:16:36

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2022-01-21	Sandra Patricia	Saavedra Hernandez	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
52	Femenino	A1	65742195

Detalles del cuestionario	Resultado	Num. Preguntas
Bloque	3	3
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Transtorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	3	3
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	3	3
16. Aritmética	3	3
17. Transtornos del sueño	3	3
Semejanzas	3	3
20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Transtonos de estado de animo	3	3

Area	Resultado	total Preguntas.	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	15	15	CI 97-125, Apto

Observaciones
CUMPLE PARA EL CARGO SEGÃšN PRUEBA APLICADA

Patricia Sarmiento
Psicólogo
Esp. Salud Ocupacional
Res. No 1508 de 24/11/2015

Firma Med. Certificador

Firma evaluador 65742195

Escaneado con Cam

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. Ingreso 817928	**Fecha Impresión 2022-01-21**	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	INSTRUCTOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	65742195	**Sede**	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2022-01-21 07:18:05	**Fecha Salida**	
Fecha Nac.	1969-02-16	**Edad**	52 años
Estado civil	Casado(a)	**Escolaridad**	Universitario
Genero	Femenino	**N° hijos**	2
Raza	Mestizo	**Estrato**	2



Examen

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO (AUDIOMETRIA TONAL) — 954107

Otológicos

Otitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Otalgia: NO	Descripción: NO REFIERE
Vértigo: NO	Descripción: NO REFIERE	Acúfenos: NO	Descripción: NO REFIERE
Otorrea: NO	Descripción: NO REFIERE	Otorragia: NO	Descripción: NO REFIERE
Prurito: NO	Descripción: NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado: NO	Descripción: NO REFIERE
Tinnitus: NO	Descripción: NO REFIERE	Trastorno Auditivo: NO	Descripción: NO REFIERE
Reposo Auditivo: SI	Descripción: NO REFIERE	¿Usa ayuda auditiva?: NO	Descripcion: NO REFIERE
Otros Otologicos: NO REFIERE			

Patológicos

Sinusitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE
Hipertension Arterial: SI	Descripción: LOSARTAN	Diabetes: SI	Descripción: METFORMINA
Parotiditis: NO	Descripción: NO REFIERE	Sarampion: NO	Descripción: NO REFIERE
Rubeola: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración de Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE
Varicela: SI	Descripción: INFANCIA	Otros Patológicos: NO REFIERE	

Traumáticos

Trauma Craneoencefalico: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Directo: NO	Descripción: NO REFIERE
Trauma Acustico: NO	Descripcion: NO REFIERE	Otros Traumáticos: NO	Descripción: NO REFIERE

Quirúrgicos

Cirugía Oido: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Garganta: NO	Descripción: NO REFIERE
Cirugía Nariz: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Cabeza y Cuello: NO	Descripción: NO REFIERE
Timpanoplastia: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Quirúrgicos: NO REFIERE	

Tóxicos y Fármacos

Medicamentos Ototoxicos: NO	Descripción: NO REFIERE	Fármacos: SI	Descripción: LOSARTAN, METFORMINA
Tóxicos Industriales: NO	Descripción: NO REFIERE	Observaciones: NO REFIERE	

Antecedentes Laborales

Última Audiometria Realizada: Mayor de 2 Años	Resultado: Normal	Exposición a Ruido: NO	Elementos de Protección Auditiva: NO

Escaneado con Cam

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envíenos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

Observaciones: NO REFIERE

Antecedentes Extralaborales

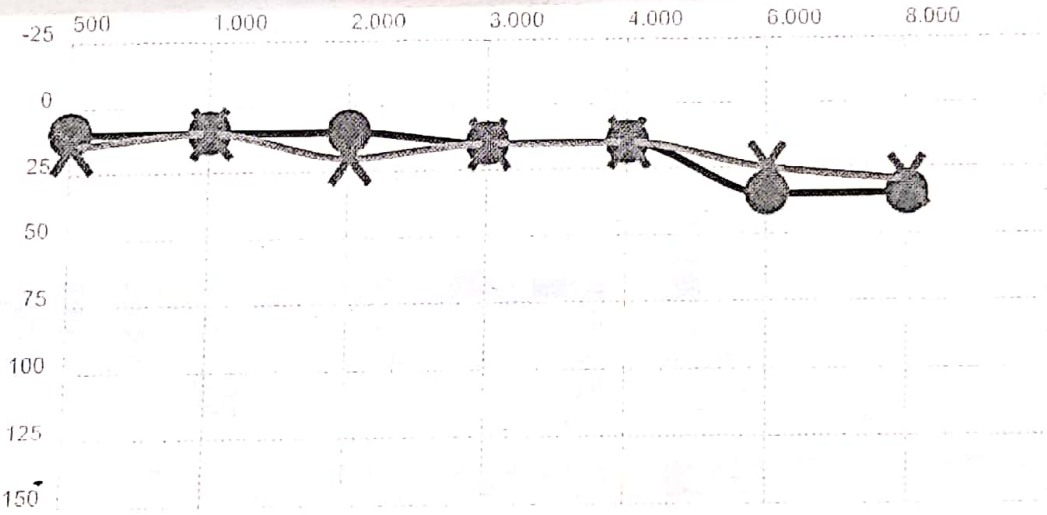
Tejo: No Practica	Descripción: NO REFIERE	Polígono: No Practica	Descripción: NO REFIERE
Musica Alto Volumen: NO	Descripción: NO REFIERE	¿Usa Audífonos?: NO	Descripción: NO REFIERE
Conduce moto: NO	Servicio Militar: NO	Exposición Ruido: NO	¿Cual?: NO REFIERE
Otros Extralaborales: NO REFIERE			

Examen Físico

	OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
Pabellon Auricular: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS		Pabellon Auricular: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS		Conductos Auditivos: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Membrana Timpánica: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS		Membrana Timpánica: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Otro: SIN HALLAZGOS			Otro: SIN HALLAZGOS	

Gráfica Aérea

Frecuencias	
OD	OI
500	500
10	15
1000	1000
10	10
2000	2000
10	20
3000	3000
15	15
4000	4000
15	15
6000	6000
35	25
8000	8000
35	30
PTA OD	PTA OI
11.25	15



Audiograma

Audiograma anterior

500:	1000:	2000:	3000:	4000:	6000:	8000:	
15	15	10	20	15	25	25	OD
20	10	10	15	15	20	25	OI

Audiograma diferencia

500:	1000:	2000:	3000:	4000:	6000:	8000:	
-5	-5	0	-5	0	10	10	OD
-5	0	10	0	0	5	5	OI

Audiograma Externa

Audiograma Externa

500:	1000:	2000:	3000:	4000:	6000:	8000:	
							OD
							OI

Audiograma diferencia Externa

500:	1000:	2000:	3000:	4000:	6000:	8000:	
							OD
							OI

Audiograma Diferencia

Audiometria Previa:

Cambio Significativo: NO

Observaciones: SIN AUDIOMETRÍA PREVIA

Impresión Diagnostica

Diagnóstico Principal: HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL

CIE-10: H900

Diagnóstico Interno: Disminución Leve Bilateral

Descripción del GATI-SO: O.D. DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN FRECUENCIAS DE 6000 Y 8000 Hz O.I. DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN FRECUENCIA DE 8000 Hz

Escaneado con Cam

Diagnóstico Oido Izquierdo: DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN FRECUENCIA DE 6000 Hz

Diagnóstico Oido Derecho: DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN FRECUENCIAS DE 6000 Y 8000 Hz

Recomendaciones

- [ ] Remisión ORL
- [ ] Conducir con Ventanas Cerradas
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Audiometria Confirmatoria
- [ ] Rotar Diadema Telefónica
- [ ] Certificado de ganancia auditiva
- [ ] Uso de Protección Auditivo
- [x] Control Según PVE
- [ ] Limpieza Oido Derecho
- [ ] Limpieza de Oido Bilateral
- [x] Pausa Auditiva
- [ ] Limpieza Oido Izquierdo
- [x] Reposo Auditivo Extralaboral

Recomendaciones: NO REFIERE

Observaciones: NO REQUIERE

Equipo Calibración

Equipo Calibración:

Serie Equipo:

Fecha Calibración:

Resultado: Anormal

Descripcion por confirmatoria: NO REQUIERE

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntana y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico ademas que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: KAREN LISNED OLAYA DIA
CC: 1032394273
Registro médico: 901459
Licencia N°: 13431 de 16/11/2017

Firma del trabajador: SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ
CC: 65742195

Escaneado con Cam

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General



No. ingreso 817928	Fecha Impresión 2022-01-21	Empresa Contratante	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ	Empresa a Laborar	
Cargo	INSTRUCTOR	Tipo de Examen	PRE - INGRESO
CC	65742195	Sede	ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso	2022-01-21 07:18:05	Fecha Salida	
Fecha Nac.	1969-02-16	Edad	52 años
Estado civil	Casado(a)	Escolaridad	Universitario
Genero	Femenino	N° hijos	2
Raza	Mestizo	Estrato	2

Examen

OPTOMETRIA 890207

Antecedentes Quirúrgicos

☐ Refractiva ☐ Catarata ☐ Pterigion ☐ Otra: Observación: NO REFIERE

Corrección Visual

Corrección Visual: SI ☐ Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca
☐ Descanso ☐ Lente de contacto Ultimo Examen: De 1 año a 2 años Observaciones:

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertensión: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

Antecedentes Laborales

☐ Iluminación Inadecuada ☐ Cambios Temperatura ☐ Usuario Computador ☐ Mala ventilación
☐ Radiación Ultravioleta ☐ Gases o Humos Toxicos Otros Antecedentes:

Síntomas

☐ Fotofobia ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Cansancio
☐ Dolor ☐ Secrecion ☐ Ojo Rojo ☐ Visión Borrosa
☐ Visión Doble ☐ Mala Visión Cercana Mala Visión Lejana ☐ Cefalea
☐ Caspa en pestañas Otros Síntomas: NO REFIERE

Examen Externo

Parpados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Escleras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Córnea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones: NINGUNA	

Lensometría

Ojo Derecho : -0.50-0.50*100 Ojo Izquierdo : -0.75-0.25*60 ADD 2.25

Escaneado con Cam

Remisiones

☐ Valoración Oftalmologica ☐ Topografia Corneal ☐ Tratamiento Ortoptica ☐ Test de Farnsworth

☐ Realizar Prueba Ambulatoria Otras Remisiones : NO Observación : NO REFIERE

Controles

Anual

Resultado

Resultado : Normal

Descripción de la observación general : - USO DE CORRECCION DE DESCANSO + VISION PROXIMA - USO DE FILTRO ULTRAVIOLETA Y/O ANTIRREFLEJO - REALIZAR DESCANSOS O PAUSAS ACTIVAS VISUALES - USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES) - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL VISUAL

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: LADY DIANA MORENO MOJICA
CC: 52806074
Registro médico: 52806074
Licencia N°: 14045 DE 03-12-2014

Firma del trabajador: SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ
CC: 65742195

Escaneado con Cam

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 11001653703
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 62 N° 12-58 Int. 5
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: 2022-01-21
Hora de Impresión: 11:49:46

Datos del Paciente

Identificación: 65742195
Paciente: SAAVEDRA HERNANDEZ SANDRA PATRICIA
Fecha Nac: 1969-02-16
Sede: ZONA INDUSTRIAL
Edad: 52 años
Teléfono: 3063995
Nombre del Cargo:INSTRUCTOR

Nro de Ingreso: 817928
Fecha de Ingreso: 2022-01-21
Fecha toma: 2022-01-21
Fecha Res: 2022-01-21
Origen:PARTICULARES
Destino:

Dirección:Calle 40 Sur 58 L 40 Interior 6 Apartamento 503



PERFIL LIPIDICO	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
COLESTEROL TOTAL	195	Optimo: Menor de 200 Limite alto: 200-239 Alto: Mayor a 240	mg/dl		Cristian David
TRIGLICERIDOS	172	Normal: Menor de 150 Levemente elevado: 150-199 Elevado: 200-499	mg/dl		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	51	Bajo: Menor de 40 Normal: 40 a 59 Alto: Mayor o Igual 60	mg/dl		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	110	Optimo: Menor de 100 Cercano al óptimo: 100-129 Limite alto: 130-159 Alto: 160-189 Muy alto: Mayor o igual a 190	mg/dl		
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL	34	2,0-30,0	mg/dl		
TÉCNICA		ESPECTROFOTOMETRIA			

HEMOGRAMA III	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	5.12	4,00-5,50	x10^6/mm^3		Cristian David
HEMOGLOBINA	15.3	12-17,4	g/dl		
HEMATOCRITO	47.48	36-52	%		
V.C.M	93	76-96	fl		
H.C.M	29.9	27-32	pg		
C.C.M.H	32.2	30-35	g/dl		
RDW	16.0	12-14,5	%		
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7070	5000-10000	/mm^3		
NEUTROFILOS	64.9	50-75	%		
LINFOCITOS	31.8	25-40	%		
CELULAS MEDIAS (Monicitos, Eosinofilos, Básofilos)	3.3	3,0-10	%		
RECUENTO DE PLAQUETAS	188000	150000-450000	/mm^3		
TÉCNICA		IMPEDANCIA			

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA-GLICEMIA	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
GLUCOSA EN SUERO	200	70 a 100	mg/dl		Cristian David
TÉCNICA: ESPECTROFOTOMETRIA					
LABORATORIO DE REFERENCIA	DATO CONFIRMADO	DETEKTA-PEREIRA			

Profesional: Cristian David Manrique Tami

C.C : 1092360815 REGISTRO PROFESIONAL: N/A

LICENCIA PROFESIONAL: N/A

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C : 65742195

Si usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envienos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
PBX: (1)756 0686 / www.soandes.co

Escaneado con Cam

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65742195 realizó el día 11/02/2022 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 SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65742195 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 SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 65742195, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 10/02/2022 y fecha fin de contrato 30/10/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012374262.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Febrero de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 11/02/2022 1:29:42 p. m.
ISCDC: 11/02/2022 1:29:42 p. m.

Certificado
Bancario

Jueves, 30 de diciembre de 2021

Señor(a)
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ identificado(a) con CC 65742195, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	04587907611	2012/09/12	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 Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	14	14-46-101068196	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
25	01	2022	25	01	2022	00:00	05	02	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SAAVEDRA HERNANDEZ SANDRA PATRICIA	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :65,742,195
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR NRO. 72 L - 40 503	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 3124257447

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS DC	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 NO 65-10	CIUDAD: BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 5461600
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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.3403066 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN EN EL ÁREA TEMÁTICA DE INTERACCIÓN CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS, CON LA NATURALEZA Y CON LA TRASCENDENCIA - ÉTICA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS, POR LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/01/2022	05/02/2023	$ 3,291,275.00

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,291,275.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
FORTE SEGUROS LTDA	164119	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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.



14-46-101068196

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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. 14-46-101068196, 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 BOGOTA, D.C., a los 25 días del mes de Enero de 2022



FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.14-46-101068196

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 830.009.578-6

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670035571 91

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 30000024978456

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	

RECIBIMOS DE: SANDRA PATRICIA SAAVEDRA HERNANDEZ — CC. 65.742.195

LA SUMA DE: Treinta y tres mil trescientos veinte pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO BOLETA RECAUDO REF. NRO.: 30000024978456

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
CHAPINERO-46-101068196-0-1	$0.00		$0.00	$33,320.00

FORMA DE PAGO

Efectivo - $ 33,320.00

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

TRANSACCION: 0003557191

TOTAL: $33,320.00

CAJERO: PAGUESTADO

1/25/2022 10:04:35PM

172.16.10.23