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	**Enero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**85893-834592**
No. de documento	**340999**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ	**C.C.**	52.184.455	**IP/Nº de contacto**	3112764834
Correo electrónico contratista:	nctorres55@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**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:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		41780102	
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:	3353862/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**17922**	
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**	**24/01/2022**	**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 AUTONÓMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES A TRAVES DE HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE I

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	----------	**9429081528**
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

Oblig. 1 Desarrollar la planeación de los procesos formativos del programa de formación fichas 2468477 (22 apren. 3 h)
2468469 (26 apren.6 h.) 2468426 (33 apren.s 6 h.) 2468470 (23 apren. 6 h.) 2468471 (27 apren. 3 h.)
Oblig. 3 Valorar los conocimientos previos de los aprendices asignados fichas 2468477 (22 apren. 3 h
2468469 (26 apren.6 h.) 2468426 (33 apren.s 6 h.) 2468470 (23 apren. 6 h.) 2468471 (27 apren. 3 h.)
Oblig. 4 Desarrollar el proceso de formación, en la modalidad que se oriente el programa fichas 2468477 (22 apren. 3 h)
2468469 (26 apren.6 h.) 2468426 (33 apren.s 6 h.) 2468470 (23 apren. 6 h.) 2468471 (27 apren. 3 h.)
Oblig. 6 Implementar estrategias metodológicas y pedagógicas fichas 2468477 (22 apren. 3 h)
2468469 (26 apren.6 h.) 2468426 (33 apren.s 6 h.) 2468470 (23 apren. 6 h.) 2468471 (27 apren. 3 h.)
Oblig 9 Garantizar el registro oportuno de los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices de las fichas 2468477 (22 apren. 3

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.

NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ
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,

RAUL VEGA URRIAGO
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

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 52184455
NOMBRES Y APELLIDOS	Torres Gonzalez,Nancy Clemencia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Torres Gonzalez,Nancy Clemencia, 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES GONZALEZ NANCY CLEMENCIA** identificado(a) con **CC** número **52.184.455** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de febrero de 2022.

Cordialmente,



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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2022021113451

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14803862582

(415)7707212489984(8020) 000001480386258 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 8 4 4 5 5	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52184455	1 9 9 3 1 0 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	GONZALEZ	NANCY	CLEMENCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 70 75 27 BRR BOYACA REAL

42. Correo electrónico nctg21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 2 3 3 1 5 2	3 1 1 2 7 6 4 8 3 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 9 0 2 0 1	8 5 4 1	2 0 1 9 0 2 0 1	8 5 4 4			

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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 12 - 29 / 20 : 59: 15

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 TORRES GONZALEZ NANCY CLEMENCIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52184455 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 NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52184455 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 -

Fecha ingreso : 31/12/2021 07:37:07 AM
Fecha de muestra: 31/12/2021
Fecha impresion : 01/01/2022 03:19:24 PM

ISO/IEC 15189:2012
20-LCL-001

01-E01-3524829

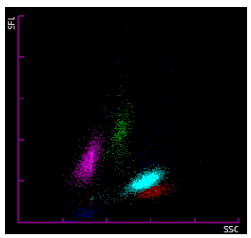
No. de Orden	:E01-3524829	No. Interno	:E01-3524829
Paciente	:TORRES GONZALEZ NANCY CLEMENCIA	Edad	:46 a 2 m 10 d
Documento Id	:52184455	Fecha Nacimiento	:21/10/1975
Empresa	:PARTICULAR	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3112764834
E-Mail	:nctg21@gmail.com	No. Autoriza	:

EO%NEU**RBC**COL**TRIG**HGB**VMP**NRBC**HDL**MCH**WBC**PLAQ**LDL**VCM**NORMOB%**RDWSD**G Web**

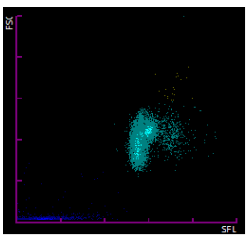
Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia		
HEMATOLOGÍA						
CUADRO HEMATICO Sangre Total						S
Mensurando dentro del alcance de acreditación						
LEUCOCITOS		8.13	10^3/uL	5	-	10
NEUTROFILOS %		57.9	%	50	-	62
LINFOCITOS %		28.4	%	25	-	40
EOSINOFILOS %	*	6.8	%	0	-	3
MONOCITOS %		5.8	%	3	-	7
BASOFILOS %		0.4	%	0	-	2
GRANULOCITOS INMADUROS%	*	0.7	%	0	-	0.43
NORMOBLASTOS%		0	%	0	-	0.2
NEUTROFILOS		4.71	10^3/uL	1.4	-	6.5
LINFOCITOS		2.31	10^3/uL	1.2	-	3.4
EOSINOFILOS		0.55	10^3/uL	0	-	0.7
MONOCITOS		0.47	10^3/uL	0	-	1.2
BASOFILOS		0.03	10^3/uL	0	-	0.2
GRANULOCITOS INMADUROS #	*	0.06	10^3/uL	0	-	0.03
NORMOBLASTOS #		0	10^3/uL	0	-	0.012
ERITROCITOS		4.82	10^6/uL	4.2	-	5.4
HEMOGLOBINA		15	g/dL	12	-	16
HEMATOCRITO		44.2	%	37	-	47
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(HCM)		31.1	pg	26	-	34
CONCENTRACION Hb CORPUSCULAR MEDIA(MCHC)		33.9	g/dL	31	-	38
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA(RDW)		13.1	%	11.5	-	14.6
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA		45.3	fL	0	-	0
PLAQUETAS		281	10^3/uL	150	-	500
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO(VPM)	*	11	fL	4.69	-	10
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO(VCM)		91.7	fL	82	-	98

Tecnica: CITOMETRIA DE FLUJO

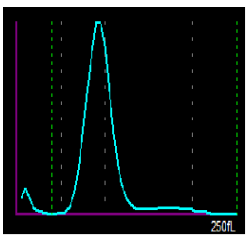
Validó: Reg 1014220352 ANYUL MARIN ARIZA 01/01/2022 03:18 PM



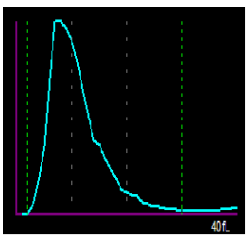
DIFF



WBC_BASO



RBC



PLAQUETAS

QUIMICA CLINICA

PERFIL LIPIDICO - Suero

Mensurando dentro del alcance de acreditación

TRIGLICERIDOS		170.4	mg/dl	0	-	0

Intervalo Biológico de Referencia:

ISO/IEC 15189:2012
20-LCL-001

01-E01-3524829

No. de Orden	E01-3524829	No. Interno	E01-3524829
Paciente	TORRES GONZALEZ NANCY CLEMENCIA	Edad	46 a 2 m 10 d
Documento Id	52184455	Fecha Nacimiento	21/10/1975
Empresa	PARTICULAR	Sexo	FEMENINO
Sede	BOG LAGO	Teléfono	3112764834
E-Mail	nctg21@gmail.com	No. Autoriza	

EO%NEU**RBC**COL**TRIG**HGB**VMP**NRBC**HDL**MCH**WBC**PLAQ**LDL**VCM**NORMOB%**RDWSD**G Web**

Examen		Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
PERFIL LIPIDICO - Suero				
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
Normal : Menor de 150 mg/dl Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl. Alto : Entre 200 - 499 mg/dl Muy alto : Mayor o igual a 500 mg/dl Tomado de NCEP ATP III 2001				
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL TOTAL		267	mg/dL	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia: Optimo : Menor de 200 mg/dl Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl Alto : Mayor o igual a 240 mg / dl Tomado de NCEP-ATP III 2001				
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL		87	mg/dl	0 - 0
Intervalo Biológico de Referencia: Bajo : Menor de 40 mg/dl Alto : Mayor o igual 60 mg/dl Tomado de : NCEP-ATP III 2001				
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	*	145.92	mg/dl	0 - 130
COLESTEROL VLDL	*	34.08	mg/dL	6 - 34
		Validó: Reg 60394944 DIANA FORIGUA CUELLAR		01/01/2022 03:18 PM
GLICEMIA BASAL Suero				
Mensurando dentro del alcance de acreditación				
GLICEMIA BASAL		81.2	mg/dL	74 - 106
Tecnica: HEXOQUINASA				
		Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA		01/01/2022 03:18 PM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo . -

ISO/IEC 15189:2012
20-LCL-001

01-E01-3524829

No. de Orden	:E01-3524829	No. Interno	:E01-3524829
Paciente	:TORRES GONZALEZ NANCY CLEMENCIA	Edad	:46 a 2 m 10 d
Documento Id	:52184455	Fecha Nacimiento	:21/10/1975
Empresa	:PARTICULAR	Sexo	:FEMENINO
Sede	:BOG LAGO	Teléfono	:3112764834
E-Mail	:nctg21@gmail.com	No. Autoriza	:

EO%NEU**RBC**COL**TRIG**HGB**VMP**NRBC**HDL**MCH**WBC**PLAQ**LDL**VCM**NORMOB%**RDWSD**G Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

5. Exámenes ocupacionales

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 24964

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 28/01/2019 HORA:7:57:		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ		CEDULA: 52184455	EDAD: 43 GENERO: F
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: INSTRUCTORA SENA	TELEFONO: 3112764834 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	Si		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	Si		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	Si		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	Si		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	Si		Parcial de Orina	--	
Glicemia	Si		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	Si		KOH Uñas	--	
Trigliceridos	Si		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012	
Apto Para el cargo sin Restricciones	**Si**	**Aplazado**	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	**No Apto Para Este Cargo**	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	--

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES. EXAMEN CARDIOVASCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES. SE ANEXA RESULTADO DE PRUEBA PSICOMETRICA RECOMENDACION: 1. USO DE GAFAS PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	Si
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria) --

He comprendido el proposito,los beneficios,la interpretación y los riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas.Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de loscuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfecciónlo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Néstor Garzón Rodríguez
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
Licencia 6684 de 2009

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6684 DE 27/07/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 52.184.455

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



EXAMEN DE AUDIOMETRIA LABORAL

INGRESO	Fecha de Realizacion: 28/01/2019	
NOMBRE: NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ	CEDULA: 52184455	
GENERO: FEMENINO	FECHA NACIMIENTO: 21/10/1975	EDAD: 43 Años
EMPRESA: INDEPENDIENTE		EPS: SANITAS
CARGO: INSTRUCTORA		ARP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración audiológica que se me va a realizar; que actúo consecuentemente , libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración audiológica si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamien to(s) o procedimiento(s) que se consiederen idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentase reacciones adversas para mi salud auditiva.. (APLICA RESOLUCION 1995 H.C. UMED Ltda.)

Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - No	Utiliza Protectores Auditivos - No

AUDIOGRAMA



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: AUDICION NORMAL

Observaciones:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES AUDITIVOS

Otalgia - No -	Otitis - No -	Otorrea - No -
Traumas - No -	Cirugias - No -	Acufenos - No -
Transtornos del Equlibrio - No -	Hipertención Arterial - No -	Sinusitis - No -
Diabetes - No -		

HABITOS

OTOSCOPIA

OD NORMAL -	OI NORMAL -

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

Control Auditivo en un año	Reposo Auditivo después de la Jornada Laboral	

Fonoaudiologa Esp Salud Ocupacional

JULIETA REIÑA CAMACHO

LICENCIA No. RES 13472 21/10/2015

TRABAJADOR

Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



VALORACIÓN VISUAL LABORAL

EXAMEN DE: OPTOMETRIA COMPLETA		Fecha de Realizacion: 28/01/2019
NOMBRE: NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ		CEDULA: 52184455
GENERO: FEMEMNINO	FECHA NACIMIENTO: 21/10/1975	EDAD: 43 Años
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: INSTRUCTORA
EPS: SANITAS		ARP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL LABORAL

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuentemente , libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumire las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentase reacciones adversas para mi salun visual. (APLICA RESOLUCION 1995 H.C. UMED Ltda.)

ANTECEDENTES LABORALES

Ocupación: INSTRUCTORA - Tiempo en este Oficio: 0
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: NO

Oficios Anteriores - Tiempo:

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen OCTUBRE 2018

Tiene Lentes Formulados: SI - Hace Cuanto: 28 AÑOS - Fecha Ultimo Cambio de Lentes OCTUBRE 2018

Usa Lentes Actualmente: SI - Tipo de Lentes: Anteojos - Forma de Uso: Ocasionales

EXAMEN EXTERNO: OD - NORMAL OI - NORMAL	ESTADO MOTOR: NORMAL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL:	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD:	20/20	20/20
OI:	20/20-1	20/20
AO:	20/20	20/20
CERCA OD:	0.50M	0.50M
OI:	0.50M	0.50M
AO:	0.50M	0.50M

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes	DX - ASTIGMATISMO LEVE AO
Uso de Correción Visual - SI - Observaciones:	
Cromatica: Normal - Observaciones:	
Keratrometria OD: 45.75/46.25*35 **OI: 46.00/46.75*145**	Retinoscopia OD: -0.50-0.25*50 OI: -0.25-0.50*150
Test Estereopsis: 40 Seg de Arco	
Interpretación: BUEN ESTADO VISUAL	

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Usar Elementos de Protección Visual Adecuados	Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional

LESLIE JOHANA GALINDO GALINDO

LICENCIA No. 12140

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
Dra. Leslie Johana Galindo Galindo
Optometra
UMED LTDA IPS Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia No 12140 26/09/2015

TRABAJADOR

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

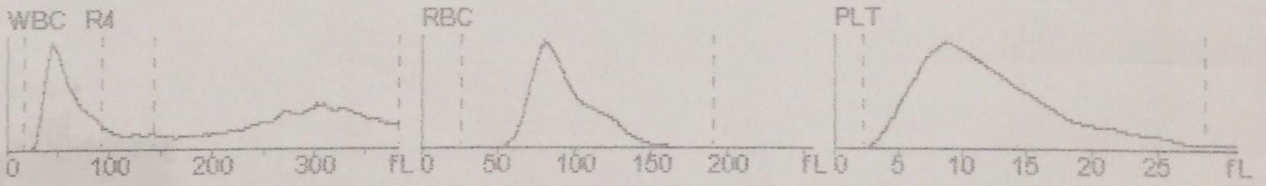
CUADRO HEMATICO

ID: 28 Modo: Completa Hora: 28-01-2019 10:47

Nombre: NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALE Sexo: Mujer Edad: 43 años

N.º hª clín.: 52184455 N.º cama: Dept.:

Parámetro		Result.	Rango ref.
WBC		8.5 x 10^9/L	4.5 - 10.0
Lymph#		2.7 x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.6 x 10^9/L	0.1 - 0.9
Gran#		5.2 x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		31.9 %	16.0 - 45.0
Mid%		7.4 %	3.0 - 10.0
Gran%		60.7 %	45.0 - 74.0
HGB		15.4 g/dL	12.0 - 15.5
RBC	H	5.03 x 10^12/L	3.90 - 5.00
HCT	H	48.7 %	36.0 - 46.5
MCV		96.9 fL	82.0 - 98.0
MCH		30.6 pg	27.0 - 33.0
MCHC	L	31.6 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.3 %	11.5 - 15.5
RDW-SD		51.1 fL	35.0 - 56.0
PLT		300 x 10^9/L	150 - 500
MPV		9.5 fL	7.0 - 11.0
PDW		15.2	15.0 - 17.0
PCT	H	0.285 %	0.108 - 0.282



Rmte.:PARTICULAR Analiz.:DR MERCEDES Compr.:

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Mercedes Molina Rojas
Bacteriologa Uniandes
Esp. en Salud Ocupacional
UMED LTDA. IPS Res. 7631 del 20 de Agosto R.M 4.791.012

Carrera 21 No. 26-00/06 Su
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 993
Fax: 239 008
umedltda@gmail.cor
www.umedips.cor

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



LABORATORIO CLINICO

Empresa: INDEPENDIENTE	Numero: 17124	
INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR	Fecha de Realizacion: 28/01/2019	
Nombres Apellidos NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ	**Documento de Identidad** 52184455	**Edad** 43

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Glicemia Basal	82	Vr: 70 - 105 Mg/dl
Colesterol	235	Optimo: Menos de 200 Mg/dl Limite : 201 - 240 Mg/dl Alto : Mayor de 240 Mg/dl
Trigliceridos	251	Limite : Hasta 150 Mg/dl
Colesterol HDL	54	> 65 mg Riesgo bajo entre 45- 65 Riesgo moderado < 45 Riesgo alto
Colesterol LDL:	130,8	

Fecha de Impresion: 28/01/2019

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Mercedes Osorio Rojas
Bacteriologa - Uniandes
Esp en Salud Ocupacional

Dra. MERCEDES OSORIO ROJAS
BACTERIÓLOGA

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Scanned with CamScanner

UMED LTDA

Nancy C. Torre G. ID:52184455
Female, 43Years, 150cm, 61Kg

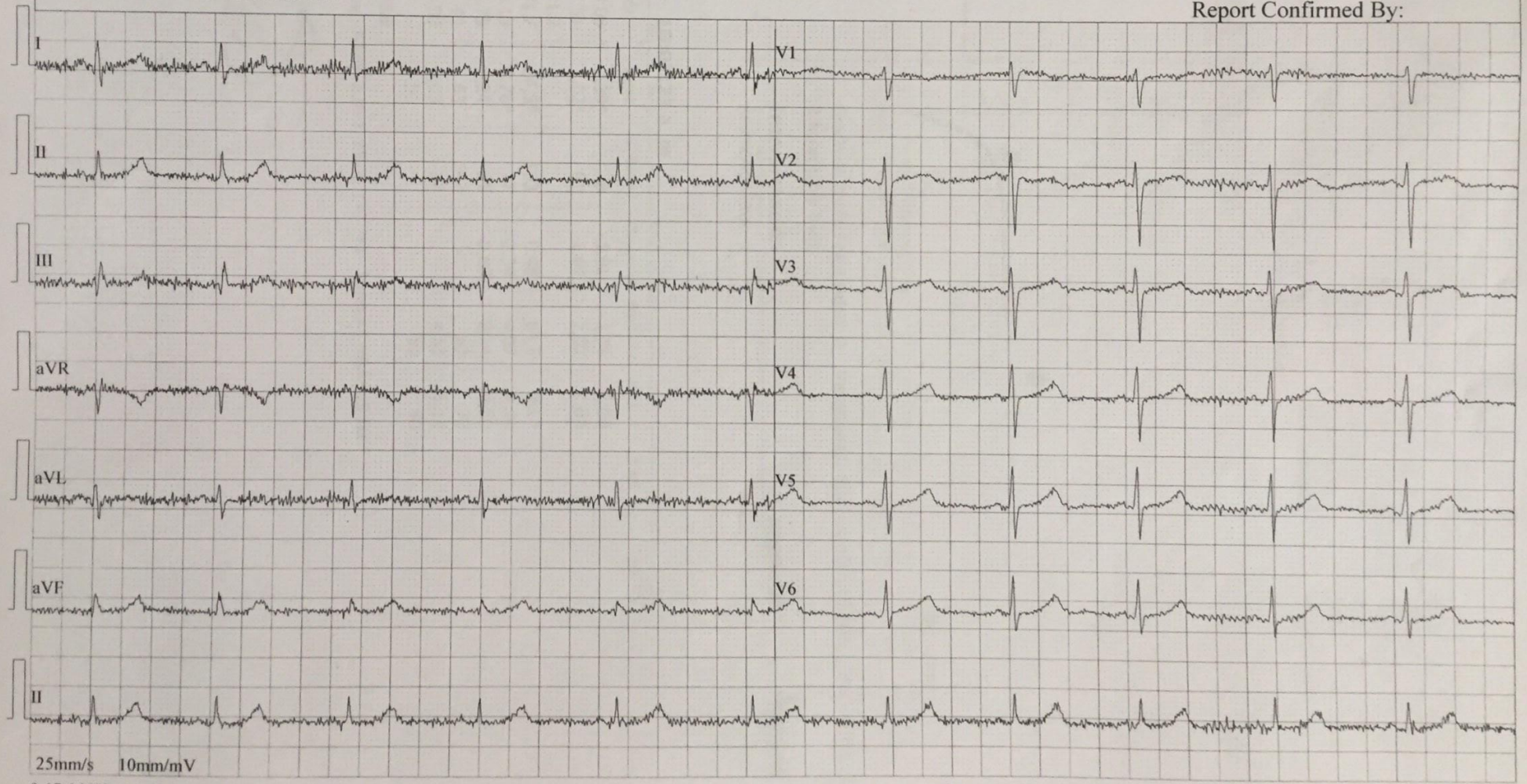
Ward No.:
Department:

HR	:	67 bpm
P	:	104 ms
PR	:	129 ms
QRS	:	84 ms
QT/QTc	:	411/436 ms
P/QRS/T	:	30/58/49 deg.
RV5/SV1	:	0.632/0.455 mV
RV5+SV1	:	1.087 mV
RV6/SV2	:	0.586/1.080 mV

Diagnosis Information:
800: Ritmo del sino
ECG Normal

Technician:

Report Confirmed By:



0.67-100Hz AC60

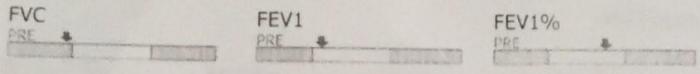
Exam :2019/01/28 10:33 Print :2019/01/28 10:18 Smart ECG Viewer V2.4

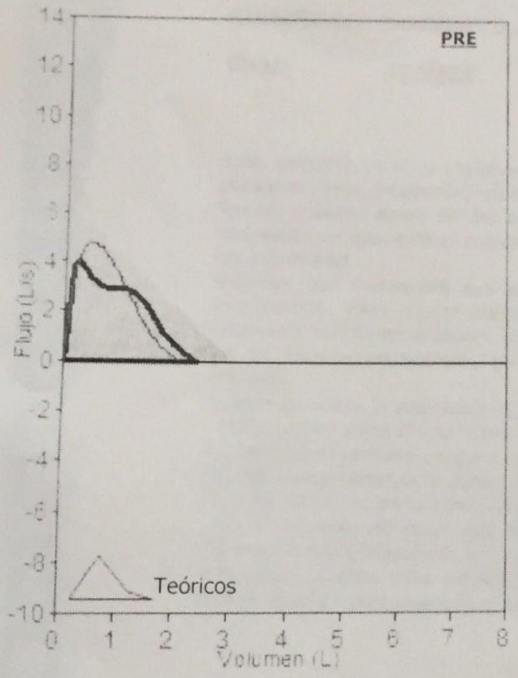
Scanned with CamScanner

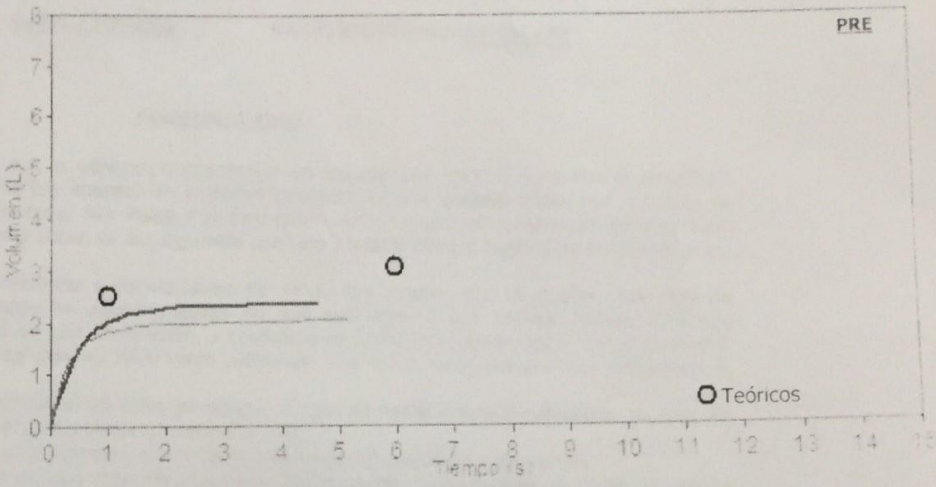
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 28/01/2019

Cód. paciente: 52184455		Edad	43
Apellido	TORRES GONZALE:	Género	Femenino
Nom.	NANCY CLEMENCIA	Altura, cm	150
Fecha de nacimier	21/10/1975	Peso:, kg	61
Grupo étnico	Caucásico	BMI	27,11
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo paciente			







Grado de control de calidad: C Variabilidad: FEV1=0,19L (10,38%), FVC=0,35L (17

2 Acceptable trials

Interpretación

Restricción leve

Fecha prueba PRE 28/01/2019 10:07:23 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	2,49	3.08	2,39*	78	-1.91	2,39	**2,04**		*		
FEV1	L	2,01	2.51	2,02*	81	-1.60	2,02	**1,83**		*		
FEV1/VC	%	71,9	81.7									
FEV1/FVC	%	71,9	81.7	84,5*	103	0.48	84,5	89,7		*		
PEF	L/s	4,73	6.19	4,76*	77	-2.39	4,07	4,76		*		
FEF2575	L/s	1,70	2.75	2,24	81	-0.80	2,24	2,50				
ELA	años		43	63	147		63	70				
FET	s		6.00	4,63	77		4,63	5,18				
EVol	mL			50			50	80				
FIVC	L	2,49	3.08									

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos NHANES III

Informe médico

Firma

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALIDADES
EL DIVINO REDENTOR
Fisioterapeuta
Especialista en S. Resp
Lic. 7085 del 17-07-2012
UMAE
UMED LTDA. IPS

Instrumento usad
Spirobank II new S/N Y0633

Scanned with CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

INFORME PSICOSOCIAL

FECHA: 28 de Enero de 2019

NOMBRE DEL CANDIDATO: NANCY TORRES No DE IDENTIDAD: 52.184.455

EDAD: 43 AÑOS

PERSONALIDAD

Esta persona es muy creativa, por lo general, en particular en los campos relacionados con el desarrollo personal. Esta creatividad no siempre aparece en el primer contacto, ya que prefiere pasar por una fase de trabajo solitario antes de dar a conocer sus ideas. Por esta razón, en un grupo de creatividad, puede dar la impresión de que está al margen y volver al día siguiente con una síntesis clara y original de lo que el grupo ha expresado.

Expresa con frecuencia sus emociones y convicciones de modo tan abierto que se puede creer que es extrovertido. Esto ocurre sobretodo en aquellas áreas en que sus valores son fuertes. Puede entonces intervenir con determinación, incluso con obstinación, y comportarse como líder carismático. Por el contrario, en las situaciones sociales en las que no tiene nada particular que decir, permanecerá con frecuencia al margen.

A esta persona le preocupa la armonía entre las personas. A esto dedicará muchos esfuerzos, ya que los conflictos son para él una fuerte tensión y fatiga que soporta mal.

En ocasiones prefiere cargar con el problema y sacrificarse antes que ver pelearse a los demás.

Quiere comprender la finalidad de su vida, conocer el sentido de las cosas. La búsqueda del "Grial" le resulta familiar. El fin no es el conocimiento en sí mismo, sino la búsqueda de sentido, tanto para el individuo como para el universo, de modo que permita la transformación de la persona.

Es organizado y metódico; unido a su capacidad intuitiva, estas cualidades hacen de él un estudiante brillante, sobretodo cuando está implicado un factor humano: conocimiento del hombre, consecuencias sociales, o buena relación personal con el profesor.

ACTITUD ANTE EL TRABAJO

Funciona como catalizador, más por influencia y ejemplo que por autoridad. Trabaja tanto mejor cuanto más corresponde lo que se le pide con sus ideales humanitarios. Tiende a preferir profesiones en las que sus cualidades de intuición y de comprensión de las personas resultan útiles (Consejero, ministros, religiosos). Actúa más a gusto de tú a tú, en las relaciones personales. Las situaciones de grupo no le desagradan, a menos que tenga en ellas un papel específico que realizar.

ELABORO: Magally Sandoval C CARGO Psicologa Esp SO

Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Salud Ocupacional
Licencia No. 9511 de 23/08/2013
Magally Sandoval Castillo
Psicologa * Esp. Salud Ocupacional
Lic. No. 13921 de 14/12/2012

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

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 NANCY CLEMENCIA TORRES GONZALEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52184455, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 24/01/2022 y fecha fin de contrato 30/09/2022 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): 202201012380885.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

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

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 11/02/2022 3:56:00 p. m.
ISCDC: 11/02/2022 3:56:00 p. m.

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.	**CHAPINERO**	**14**	**14-44-101145970**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
22	**01**	**2022**	**24**	**01**	**2022**	**00:00**	**30**	**01**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
TORRES GONZALEZ, NANCY CLEMENCIA	**CC: 52.184.455**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 70 75 27	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3112764834

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 13 NRO. 65 - 10	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	8461600

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:

GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL CONTRATO, EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.C01.PCCNTR-3353862 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDEINTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES A TRAVES DE HERRAMIENTAS PEDAGOGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACION EN EL AREA TEMATICA DE INTERACCION CON SIGO MISMO,CON LOS DEMAS CON LA NATURALEZA Y CON LA TRASCENDENCIA ETICA GARANTIZANDO EL CUMPLIMENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS POR LOS TERMINOS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	24/01/2022	30/01/2023	$3,291,275.00

ACLARACIONES

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

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MIRYAM ALEYDA ACOSTA AYALA	963337	100.00			

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 CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-44-101145970

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 _____.

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 041780102

El Banco AV Villas certifica que: **Nancy Clemencia Torres Gonzalez**
identificada con el documento No. 52184455, tiene en la oficina C.C.CIUDAD TUNAL (041) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 041780102 desde el 26 de abril de 2012.

Fecha de expedición: 11/02/2022