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 SANTANDER**
**CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA**
**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** | **68** |
| **Código Centro** | **922510** |
| **Fecha Elaboración** | **28 de Febrero de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **69838-617086** |
| **No. de documento** | **351808** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANA LUCIA ROJAS CORTES | **C.C.** | 63.276.067 | **IP/Nº de contacto** | 73076 |
| **Correo electrónico contratista:** | alrojas7@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | SI |
| **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** | | 60495445890 | |
| **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:** | 3279399/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **7422** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.000.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 39.000.000 | **1** | **Del** | **01/02/2022** | **Al** | **28/02/2022** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 35.100.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA, REGIONAL SANTANDER PL 10 MESES VR MES $3.900.000

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.900.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.778.750** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9431023665** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.200 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | |
| 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 | $ 926.250 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.778.750,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.705.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 23.400,00 | 0,600% |
| - | 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** | **$ 3.876.600,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Ficha N 2470750
Impartir Formación Ficha N 2477878
Impartir Formación Ficha N 2477879
Impartir Formación Ficha N 2485376

**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.

**ANA LUCIA ROJAS CORTES**
**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,

**JAVIER DIAZ DIAZ**
**INSTRUCTOR G18**

**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**

**JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 63276067 | | ROJAS CORTES ANA LUCIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 50 # 3 - 185 TORRE 1 - APTO 401 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6964241 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1332446932 | 9431023665 | I | 2022/02/15 | 2022/02/18 | BANCOLOMBIA | | $203,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 63276067 | ROJAS CORTES ANA LUCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $1,560,000 | $195,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,560,000 | $8,200 | 0 | $0 | $0 | No | $203,200 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $1,560,000 | $195,000 | | | $0 | $0 | | | $1,560,000 | $8,200 | | $0 | $0 | | $203,200 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 63276067 | | ROJAS CORTES ANA LUCIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 50 # 3 - 185 TORRE 1 - APTO 401 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 6964241 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-01 | 2022-01 | 1332446932 | 9431023665 | I | 2022/02/15 | 2022/02/18 | BANCOLOMBIA | | $203,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,200 | $0 | $8,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,200 | $0 | $8,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $195,000 | $0 | $195,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $195,000 | $0 | $195,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $203,200 | $0 | $203,200 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14721892897

(415)7707212489984(8020) 000001472189289 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 3 2 7 6 0 6 7 | 7 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROJAS | CORTES | ANA | LUCIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Floridablanca 2 7 6 |

41. Dirección principal: CL 50 3 185 AP 401 TO 1

42. Correo electrónico: copolucas@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 9 6 4 2 4 1 | 3 1 7 7 7 8 0 1 6 1 |

## CLASIFICACIÓN

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

## 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 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 2020 - 11 - 10 / 11 : 31: 02

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 ROJAS CORTES ANA LUCIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 73.854

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 10 DÍA | 10 MES | 2020 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| PARTICULARES | SENA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa usuaria |

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

| ROJAS CORTES ANA LUCIA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 62 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS | CC | 63276067 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTORA -ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | ✓ | PARCIAL DE ORINA | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | CUADRO HEMÁTICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | PRUEBA PSICOLÓGICA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| REMISIÓN EPS | USO DE EPP : AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. | HACER DEPORTE |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO | ---------- | ---------- |
| ESPECIALISTA : OPTOMETRIA ANUAL : CORRECCION OPTICA | | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -2019. EL TRABAJADOR EXAMINADO EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS.- // ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR ,. VALORACION MENTAL Y SOCIAL.-

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

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: Ricardo Bejarano Médico y Cirujano Especialista S.C R.M. 6898/93 MSP USOV: 18363/12 UMB | Firma: |
| Nombre: BEJARANO GUALDRON RICARDO | Nombre: ROJAS CORTES ANA LUCIA |
| R. M.: 6898-1993 L.S.O.: 18363 | CC: 63276067 |

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
M.T.S.

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

Atención N°: 66,573

**Fecha:** 10/10/2020 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Edad:** 62 AÑOS 0
**Genero:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA -ADMINISTRATIVO **Empresa:** SENA
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM **F. Último Examen:** HACE 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** MTS **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 30 | 1.0M | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 0.5M |
| O.I: | NO APLICA | 20/30 | 1.0M | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 0.5M |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 30 | 1.0M | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 0.5M |

## RETINOSCOPIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| O.D: **-1.00** | -1.00 | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **0.5** | ADD | +3.00 |
| O.I: **-1.00** | -1.00 | AV VL 20/ **20** | AV VP 20/ **0.5** | ADD | +3.00 |

## TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL 14 LAMINAS CORRECTAS**

ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO**

## EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **LEVE HIPEREMIA EN ZONAS EXPUESTAS AO**

## EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **VL ORTHO VP X**

## OFTALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**

O.I: **FOAN**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H521 | MIOPIA | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| H5243 | PRESBICIA AO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

## DISPOSICION

CONTROL EN 1 AÑO

CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS.

**OPTOMETRA**

Firma: Zully Sanchez

Nombre: SANCHEZ TRUJILLO ZULY FERNANDA

R. M.: 1369 L.S.O.:

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: ROJAS CORTES ANA LUCIA

CC: 63276067

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — Atención N°: 65332

**Fecha:** 10/10/2020 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:**
**CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Edad:** 62 AÑOS 0 M **Genero:** FEMENINO
**Fecha Nacimiento:** 01/10/1958 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** INSTRUCTORA -ADMINISTRATIVO

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| SENA | ISNTRUCTOR | NINGUNA | NO APLICA | 12 | 0 |

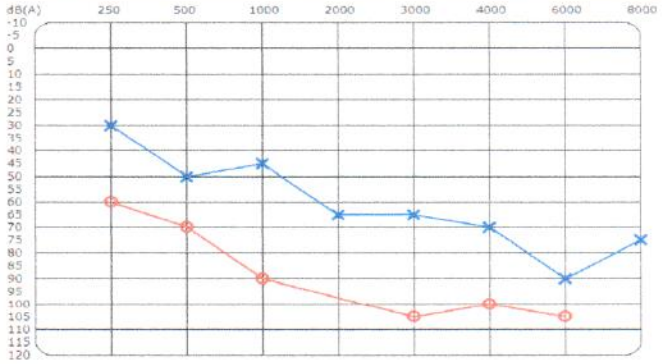
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÓGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | WALKMAN | FRECUENTE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | NO REFIERE |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA 42 **F. Ultima Calibración:** 2019-10-31

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




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** MT CICATRIZADA
**Oído izquierdo:** MT CICATRIZADA

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 60 | 70 | 90 | | 105 | 100 | 105 | |
| VAOI | 30 | 50 | 45 | 65 | 65 | 70 | 90 | 75 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Profunda(> 85 dB) **Oído izquierdo:** Profunda(> 85 dB)

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

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES<br>USE PROTECCIÓN AUDITIVA | |

**Observaciones**

OD HIPOACUSIA PROFUNDA SIN CONFIRMAR
OI PTA 56.25 DB HIPOACUSIA MODERADA SIN CONFIRMAR

**FONOAUDIÓLOGO**




**Firma:**
**Nombre:** TELLEZ GARCIA FRANCE MARCELA
**R. M.:** 000980 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**



**Firma:**
**Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA
**CC** 63276067

M.T.S.

IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT.900374091-1

## VALORACION FONOADIOLOGICA

### I. DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | Identificacion | Fecha: 10-10-2024 |
| Tipo de Examen: | | Edad: 02 05 |
| | | Empresa: SENA |

### II. EVALUACION

**HABLA**

**ORGANOS FONOARTICULADORES:**

Labios_____ Lengua_____Dientes_____ Paladar Duro:_____Paladar Blando_____Uvula_____Maxilares_____

**ARTICULACION:** Adecuada__X__ Inadecuada:_____

**PROCESOS MOTORES BASICOS**

**RESPIRACION:**

Modo: Nasal : __X__ Bucal :_____ Mixto: _____

Tipo: Cavicular: _____ Abdominal_____ Costodiafragmatico:__X__

Frecuencia: Hombre ( 16-18) _____ Mujer ( 18-20)__19__

**RESONANCIA:**

Normal: _____ Hipernasalidad:_____ Hiponasalidad:_____

**FONACION:**

**Intensidad**: Normal __X__ Aumentada:_____ Disminuida_____

**Tono**: Normal:__X__ Bajo:_____ Alto: _____ Monotono _____

**Timbre:** Normal:__X__ Disfonico:_____ Nasalizado: _____

**Coordianacion Fonorespiratoria :** Adecuada__X__ Inadecuada:_____

**Tiempo de Fonacion:** __20__

**PROSODIA**

**Ritmo**: Normal__X__ Bradilalico_____ Taquilalico_____

**Entonacion y Acentuacion:** Adecuada__X__ Inadecuada_____

**AUDICION:** Normal_____ Alterada__X__

**OTOSCOPIA:** OD Cerumen OI Cerumen

**Diagnostico:** Procesos vocal adecuado

**FONOAUDIOLOGO**

**PACIENTE**

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 10/10/2020

**CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 01/10/1958 **Edad:** 62 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 26 18 38 **Teléfono:** **Celular:** 3177780161

**Nombre de la Empresa:** PARTICULARES **Empresa en Misión:** SENA

**Nombre del Acudiente:** M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

## RESULTADO DE GLICEMIA

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| GLICEMIA | 93 | 70 - 110 mg/dl |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
**RM:** T.P 02972/08

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA
**CC:** 63276067

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 10/10/2020

**CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 01/10/1958 **Edad:** 62 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 26 18 38 **Teléfono:** **Celular:** 3177780161

**Nombre de la Empresa:** PARTICULARES **Empresa en Misión:** SENA

**Nombre del Acudiente:** M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

## RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL | 256 | < 200 mg/dl |
| COLESTEROL HDL | 42 | > 60 mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | 195 | < 150 mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 175 | < 100 mg/dl |
| COLESTEROL VLDL | 39 | < 80 mg/dl |

**Bacteriólogo**

**Firma:**

**Nombre:** SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
**RM:** T.P 02972/08

**Paciente**

**Firma:**

**Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA
**CC:** 63276067

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 10/10/2020

**CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 01/10/1958 **Edad:** 62 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 26 18 38 **Teléfono:** **Celular:** 3177780161

**Nombre de la Empresa:** PARTICULARES **Empresa en Misión:** SENA

**Nombre del Acudiente:** M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

## RESULTADO DE PARCIAL DE ORINA

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| **ANALISIS FISICO** | | |
| COLOR | AMARILLO | |
| ASPECTO | LIGERAMENTE TURBIO | |
| DENSIDAD | 1020 | |
| Ph | 6.0 | |
| **ANALISIS QUIMICO** | | |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO | Leu / uL |
| NITRITOS | NEGATIVO | Positivo/Negativo |
| PROTEINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| GLUCOSA | NEGATIVO | mg/dl |

| | | |
|---|---|---|
| CETONAS | NEGATIVO | mg/dl |
| UROBILINOGENOS | NEGATIVO | mg/dl |
| BILIRRUBINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| ERITROCITOS | NEGATIVO | mg/dl |
| HEMOGLOBINA | NEGATIVO | mg/dl |
| **ANALISIS MICROSCOPICO** | | |
| CELULAS EPITELIALES ALTAS | | XCampo |
| CELULAS EPITELIALES BAJAS | 2-4 | XCampo |
| LEUCOCITOS | 0-2 | XCampo |
| HEMATIES | | XCampo |
| BACTERIAS | + | XCampo |
| MOCO | + | XCampo |
| LEVADURA | | XCampo |
| PIOCITOS | | XCampo |
| ESPERMATOZOIDES | | XCampo |
| CRISTALES URATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES OXALATO DE CALCIO | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS TRIPLE | | XCampo |
| CRISTALES ACIDO URICO | | XCampo |
| OBSERVACION | | |

| Bacteriólogo | | Paciente | |
|---|---|---|---|
| Firma: |  | Firma: |  |
| **Nombre:** | SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY | **Nombre:** | ROJAS CORTES ANA LUCIA |
| **RM:** | T.P 02972/08 | **CC:** | 63276067 |

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## DATOS PERSONALES

**Lugar del Examen:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha:** 10/10/2020

**CC:** 63276067 **Nombre:** ROJAS CORTES ANA LUCIA **Fecha de Nacimiento:** 01/10/1958 **Edad:** 62 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS

**Genero:** FEMENINO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **Dirección:** CRA 26 18 38 **Teléfono:** **Celular:** 3177780161

**Nombre de la Empresa:** PARTICULARES **Empresa en Misión:** SENA

**Nombre del Acudiente:** M **Teléfono del Acudiente:** M **Parentesco:** M

## RESULTADO DE CUADRO HEMÁTICO

| CUADRO HEMATICO TIPO IV | VALOR | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| RECUENTO GLOBULOS BLANCOS | 5.40 | 5 - 11 10^9/L |
| HEMATOCRITO | 38.69 | 34 – 54 % |
| HEMOGLOBINA | 13.0 | 11.5 – 17.3 g/dl |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 4.31 | 3.8 – 5.8 10^12/L |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 90 | 84 – 98 fl |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 30.1 | 27.5 – 32.4 pg |
| PLAQUETAS | 229 | 156 – 342 10^9/L |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 7.9 | 8.3 – 12 fl |
| GRANULOUCITOS % | 63.9 | 43.6 – 73.4 % |
| LINFOCITOS % | 29.1 | 19.1 – 48 % |

| | | |
|---|---|---|
| MIXTAS % | 7.0 | 4.5 – 12. 1 % |

**Bacteriólogo**

Firma:

Nombre: SALAZAR NIÑO JOSE YOHANY
RM: T.P 02972/08

**Paciente**

Firma:

Nombre: ROJAS CORTES ANA LUCIA
CC: 63276067

**EMPRESA:** PARTICULAR

| **1. Datos Personales** | |
|---|---|
| **Nombres y Apellidos:** ANA LUCIA ROJAS CORTES | |
| **Identificación: C.C.Nº:** 63.276.067 | **Edad:** 62 AÑOS |
| **Fecha de Evaluación:** OCTUBRE 11 DE 2020 | |
| **Nivel de Escolaridad:** UNIVERSITARIA | |
| **Dirección:** CALLE 50 # 3 - 185 | |
| **Estado civil:** SOLTERA | |

## 2. Informe Psicológico

El presente informe se realiza con base en la aplicación e interpretación de la prueba psicotécnica **- 16PF-5:** Prueba Objetiva de Personalidad
Los resultados de la prueba, permiten predecir cómo podría comportarse un individuo en una variedad de situaciones al momento de aplicar la prueba.
A continuación se darán a conocer los resultados obtenidos en la prueba, haciendo énfasis en las dimensiones más destacadas.

### 2.1 16PF-5

ÁREA INTELECTUAL

La evaluada posee pensamiento tipo concreto con razonamiento elaborado. Posee buen funcionamiento intelectual de planificación, juicio y actitudes organizativas. Su estilo intelectual es práctico de marcados intereses realistas. Su pensamiento combina un estilo a veces práctico y otros teóricos. Puede manejar la realidad y los sueños, combinando ambos aspectos equilibradamente.

ASPECTOS DE PERSONALIDAD

Se vislumbra en la evaluada que en ocasiones controla sus sentimientos y en otras no lo logra. Su tolerancia a la frustración está dentro de lo normal, al igual que su estabilidad emocional. En algunas ocasiones se deja afectar por los sentimientos, logrando en otras el control de los mismos. En general se percibe emocionalmente estable.

En el área relacional la evaluada muestra equilibrio entre introversión y extroversión. Presenta un

perfil que combina un suave estilo reservado con alguna tendencia ser abierta afectivamente.

**3. CONCLUSION**

A partir de los resultados obtenidos en la prueba aplicada se concluye lo siguiente: La evaluada se percibe emocionalmente estable, tiende a ser segura, tradicional, espontánea y afable. Con respecto a la motivación está pronta a alinearse con los objetivos del grupo u organización.

**COMPETENCIAS DE PERSONALIDAD ANALISIS DEL 16PF**

| | EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA | DECATIPO | | | | | | | | | | EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | |
| A | FRIA, IMPERSONAL, DISTANTE, | | | | | | X | | | | | CALIDA, AFABLE, GENEROSA |
| B | DE PENSAMIENTO CONCRETO | | | | | X | | | | | | DE PENSAMIENTO ABSTRACTO |
| C | REACTIVA EMOCIONALMENTE CAMBIANTE | | | | | | X | | | | | EMOCIONALMENTE ESTABLE, ADAPTADA, MADURA. |
| E | COOPERADORA QUE EVITA CONFLICTOS | | | X | | | | | | | | DOMINANTE, ASERTIVA, COMPETITIVA |
| F | SERIA, REPRIMIDA, CUIDADOSA, PRUDENTE | | | | | | | X | | | | ANIMOSA, ESPONTANEA, ACTIVA, ENTUSIASTA |
| G | DESCUIDADA, FRIVOLA, NEGLIGENTE, INCONSTANTE | | | | | | X | | | | | ATENTA A LAS NORMAS, FORMAL, RESPONSABLE. |
| H | TIMIDA, TEMEROSA, COHIBIDA, RETRAIDA | | | | | X | | | | | | EMPRENDEDORA, ATREVIDA YSEGURA EN LO SOCIAL |
| I | OBJETIVA, NADA SENTIMENTAL, RACIONAL | | | | | | X | | | | | SENSIBLE, SENTIMENTAL, EMOTIVA |
| L | CONFIADA ADAPTABLE CONCILIADORA | | | | X | | | | | | | VIGLANTE, SUSPICAZ, EXCEPTICA. |
| M | PRACTICA, REALISTA, OBJETIVA | | | | | | X | | | | | ABSTRAIDA, IMAGINATIVA, IDEALISTA |
| N | ABIERTA, GENUINA, NATURAL, SINCERA | | | | X | | | | | | | PRIVADA, CALCULADORA, DISCRETA |
| O | SEGURA, DESPREOCUPADA, SATISFECHA | | | | X | | | | | | | APRENSIVA, INSEGURA, PREOCUPADA |
| Q1 | TRADICIONAL, CONSERVADORA | | | X | | | | | | | | ABIERTA AL CAMBIO, EXPERIMENTAL, ANALITICA. |
| Q2 | SE INTEGRA EN EL GRUPO, DEPENDIENTE, BUSCA APOYO | | | | | | X | | | | | AUTOSUFICIENTE, INDIVIDUALISTA |
| Q3 | FLEXIBLE, TOLERANTE CON EL DESORDEN | | | | X | | | | | | | PERFECCIONISTA, ORGANIZADA, DISCIPLINADA |
| Q4 | AUSENCIA DE TENCION, NERVIOSA, RELAJADA | | | | | | X | | | | | TENSA, ENERGICA, IMPACIENTE |

**ELABORADO POR:**

Nombre: EMILCE SANCHEZ GARCIA
Psicólogo Reg.121503
Especialista en Salud ocupacional Licencia 06246 **FIRMA**:

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ANA LUCIA ROJAS CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63276067 realizó el día 18/02/2022 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 ANA LUCIA ROJAS CORTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 63276067 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 -

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 63276067 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Rojas Cortes,Ana Lucia |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Rojas Cortes,Ana Lucia, a los 12 días del mes de enero 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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA LUCIA ROJAS CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63276067,** se encuentra afiliado/a desde **05/10/1984** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2022.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Certificado Bancario

Miércoles, 12 de enero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANA LUCIA ROJAS CORTES identificado(a) con CC 63276067, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 60495445890 | 2004/08/31 | 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.

Bancolombia

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

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 ANA LUCIA ROJAS CORTES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63276067, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/12/2022 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): 202201012573767.

Esta certificación se expide a los 18 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 18/02/2022 5:26:25 p. m.**
**ISCDC: 18/02/2022 5:26:25 p. m.**

Floridablanca, febrero 18 de 2022

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Floridablanca

**Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013**

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos **SI** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2021, el 80% o más de mis ingresos brutos **NO** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que **SI** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2021, soy una persona natural que **NO** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($50.831.000)
e. Por el año gravable 2021, **NO** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2021, **NO** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Floridablanca, febrero 18 de 2022



**ANA LUCIA ROJAS CORTES**
**CC. 63276067 de Bucaramanga**
**Contrato No.** CO1.PCCNTR.3279399 **de 2022**

COMPROBANTE DE PAGO

Seguros Generales Suramericana S.A.
890.903.407-9



**Referencia de pago** 550129935499

**Información del cliente**

| Nombre | Identificación |
|---|---|
| ANA LUCIA ROJAS CORTES | 63276067 |

**Estado de transferencia**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Descripción | APROBADA | Estado | Aprobada |
| Fecha de pago | 2022-01-21 07:26:42 | Forma de pago | BTNBC |
| Banco | BTNBC | Descripción IP | 10.201.138.7 |

**Resumen de pago**

| Número de recibo | Número de póliza | Monto |
|---|---|---|
| 14004189 | 012003251728 | $45,000 |
| | Total | $45,000 |

Si tienes alguna inquietud podrás contactarnos en los siguientes teléfonos, para Medellín, Cali y Bogotá: 347 88 88. En el resto del país: 01800 051 8888 o envíanos un correo electrónico a pagoexpress@sura.com.co.

suramericana

Nit. 890.903.407–9

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3251728–0 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **ANA LUCIA ROJAS CORTES** y Asegurado y/o Beneficiario es **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 14004189 expedida el día 20 de Enero de 2022 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

| | | |
|---|---|---|
| Prima | $ | $37,815 |
| Impuestos | $ | $7,185 |
| Total | $ | $45,000 |

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 20 días del mes de Enero de 2022.



Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407–9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3251728–0 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **ANA LUCIA ROJAS CORTES** y Asegurado y/o Beneficiario es: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** y su documento 14004189 expedida el día 20 de Enero de 2022 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en BUCARAMANGA a los 20 días del mes de Enero de 2022.



_____

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

# SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
## (GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

| Ciudad y Fecha de Expedición | Póliza | | Documento |
|---|---|---|---|
| BUCARAMANGA, 20 DE ENERO DE 2022 | 3251728–0 | | 14004189 |
| **Intermediario** | **Código** | **Oficina** | **Referencia de Pago** |
| GUSTAVO PEÑA GARCIA | 12166 | 2629 | 01214004189 |

**TOMADOR**

| CEDULA | Razón Social y/o Nombres y Apellidos | | |
|---|---|---|---|
| 63276067 | ANA LUCIA ROJAS CORTES | | |
| **Dirección** | | **Ciudad** | **Teléfono** |
| CALLE 4N NO. 7E–47 APTP 201 | | BUCARAMANGA | |

**GARANTIZADO**

| CEDULA | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 63276067 | ANA LUCIA ROJAS CORTES |

**BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO**

| NIT | Nombres y Apellidos |
|---|---|
| 8999990341 | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE |

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

| COBERTURA | FECHA INICIAL | FECHA VENCIMIENTO | VALOR ASEGURADO | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 01–FEB–2022 | 30–MAR–2023 | 3.900.000,00 | 37.815,12 |

| VIGENCIA DEL SEGURO | | VIGENCIA DEL MOVIMIENTO | | | VLR. PRIMA SIN IVA | VLR. IMPUESTOS (IVA) | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde | Hasta | Días | Desde | Hasta | | | |
| 01–FEB–2022 | 30–MAR–2023 | 422 | 01–FEB–2022 | 30–MAR–2023 | $37.815 | $7.185 | $45.000 |

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/L

| Documento de: | Valor Asegurado Movimiento | Prima Anual | Total Valor Asegurado |
|---|---|---|---|
| POLIZA NUEVA | $3.900.000 | $15.600 | $3.900.000,00 |

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

102 – NEGOCIOS CORPORATIVOS

| RAMO | PRODUCTO | OFICINA | USUARIO | OPERACIÓN | MONEDA | COASEGURO | NÚMERO PÓLIZA LÍDER | DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 012 | NDX | 2629 | CUM003 | 01 | PESO COLOMBIANO | DIRECTO | | |

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

| CÓDIGO | NOMBRE DEL PRODUCTOR | COMPAÑÍA | CATEGORÍA | %PARTICIPACIÓN | PRIMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 12166 | GUSTAVO PEÑA GARCIA | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | INDEPENDIENTES | 100,00 | 37.815 |

| DESCRIPCIÓN | Fecha a partir de la cual se utiliza | Tipo y número de la entidad | Tipo de documento | Ramo al cual accede | Identificación Interna de la proforma |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO CLAUSULADO | 01/01/2017 | 13 – 18 | P | 05 | F–01–12–084 |
| CÓDIGO NOTA TÉCNICA | 25/06/2017 | 13 – 18 | NT–P | 5 | N–01–012–011 |

**TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS**

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE CONTRATO
CO1.PCCNTR.3279399
OBJETO DEL CONTRATO
CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR
FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS
FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA, REGIONAL SANTANDER.
TIPO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DEMAS ESPECIFICACIONES DEL MISMO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.




01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín **437 8888**
Desde tu celular **#888**

**segurossura.com.co**

SEGUROS

# Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales





| Campo | Descripción del formato | Clausulado | Nota técnica |
|---|---|---|---|
| 1 | Fecha a partir de la cual se utiliza. | 01/01/2017 | 25/06/2017 |
| 2 | Tipo y número de la entidad | 13-18 | 13-18 |
| 3 | Tipo de documento | P | NT - P |
| 4 | Ramo al cual pertenece | 05 | 05 |
| 5 | Identificación interna de la proforma | F-01-12-084 | N-01-012-011 |

## Seguro de cumplimiento a favor de entidades estatales (decreto 1082 de 2015)

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado el Seguro de Cumplimiento a Favor de Entidades Estatales.

**Este clausulado está dirigido al asegurado.**



# Contenido


## Sección I. Coberturas

1. Seriedad de la oferta
2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo
3. Cumplimiento del contrato
4. Devolución de pago anticipado
5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales
6. Estabilidad y calidad de la obra
7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados
8. Calidad del servicio

## Sección II. Exclusiones

## Sección III. Otras condiciones

1. Indepencia de los amparos
2. Suma asegurada
3. Vigencia
4. Efectividad de la garantía
5. Indivisibilidad de la garantía
6. Cesión de la póliza
7. Cesión del contrato garantizado
8. Terminación por agravación del estado del riesgo.
9. Pago de prima e irrevocabilidad
10. Pago del siniestro
11. Coexistencia de seguros
12. Compensación
13. Subrogación
14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación
15. Certificados o anexos de modificación
16. Vigilancia e inspección
17. Notificaciones y recursos
18. Naturaleza del seguro
19. Cláusulas incompatibles
20. Solución de conflictos.
21. Domicilio
22. Coaseguro
23. Devolución de primas

## SECCIÓN I - COBERTURAS

SURA le pagará las coberturas descritas en la carátula hasta por el monto asegurado, teniendo en cuenta que el contrato de seguro es indemnizatorio según el artículo 1088 del Código de Comercio. La indemnización podrá comprender el daño emergente y el lucro cesante, pero este último requiere de acuerdo expreso en las condiciones particulares para ser cubierto. Este seguro le cubre los perjuicios directos ocasionados por incumplimientos imputables al contratista-garantizado.

### 1. Seriedad de la oferta

Cubre a la entidad estatal de la sanción derivada del incumplimiento de la oferta, en los siguientes eventos:

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.
1.2 El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las oferta
1.3 La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.
1.4 La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

### 2. Buen manejo y correcta inversión del anticipo

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

2.1 La no inversión del anticipo.
2.2 El uso indebido del anticipo.
2.3 La apropiación indebida de los recursos recibidos en calidad de anticipo.

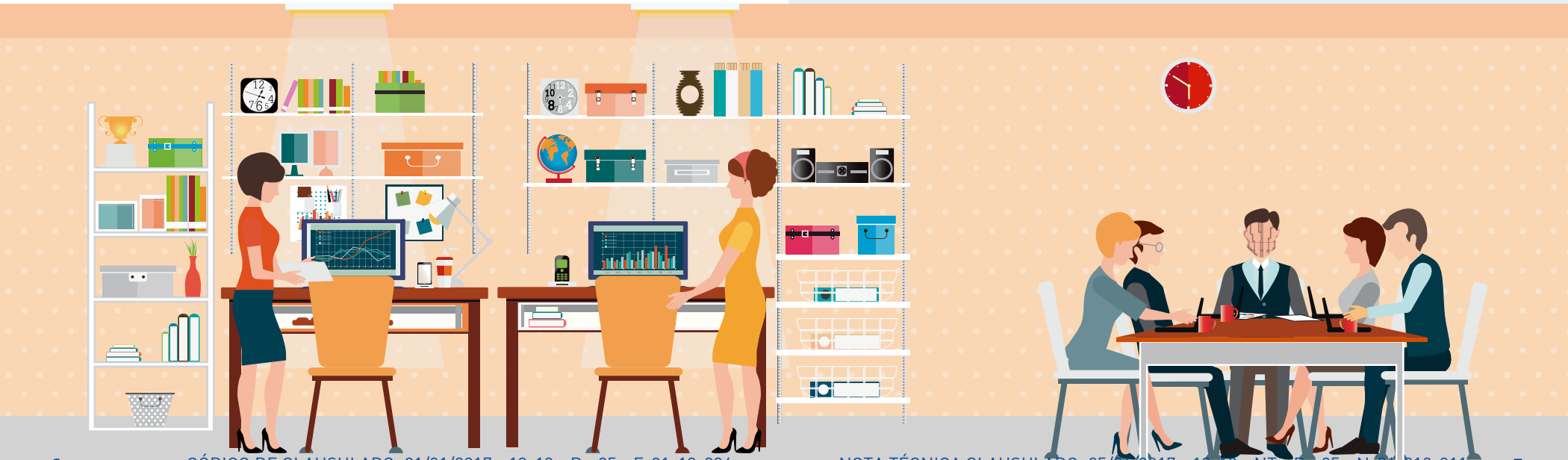
### 3. Cumplimiento del contrato

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de:

3.1 El incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.2 El cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista-garantizado.
3.3 Los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales.
3.4 El pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria.

### 4. Devolución de pago anticipado

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados de la no devolución total o parcial del dinero entregado al contratista-garantizado a título de pago anticipado, cuando a ello hubiere lugar.



## 5. Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista-garantizado en virtud de la contratación del personal utilizado en el territorio nacional para la ejecución del contrato amparado.

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 colombiano.

## 6 . Estabilidad y calidad de la obra

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados por cualquier tipo de daño o deterioro, imputable al contratista-garantizado, sufrido por la obra entregada a satisfacción.

## 7. Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados

Cubre a la entidad estatal de los perjuicios derivados del incumplimiento en las condiciones de calidad y correcto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal en cumplimiento de un contrato.

## 8. Calidad del servicio

Cubre a la entidad estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado.





## SECCIÓN II - EXCLUSIONES

SURA no pagará los perjuicios causados directa o indirectamente por:

1. Causa extraña, esto es, la fuerza mayor o caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima.
2. Daños causados por el contratista garantizado a los bienes de la entidad estatal no destinados al contrato.
3. Uso indebido o inadecuado o falta de mantenimiento preventivo al que está obligada la entidad estatal.
4. El deterioro normal que sufran los bienes entregados con ocasión del contrato garantizado como consecuencia del transcurso del tiempo.



## SECCIÓN III – OTRAS CONDICIONES

### 1. Indepencia de los amparos

Las coberturas deben ser independientes unas de otras respecto de sus riesgos y de sus valores asegurados. La entidad estatal solamente puede reclamar o tomar el valor de una cobertura para cubrir o indemnizar el valor del amparo cubierto. Los amparos son excluyentes y no se pueden acumular.

### 2. Suma asegurada

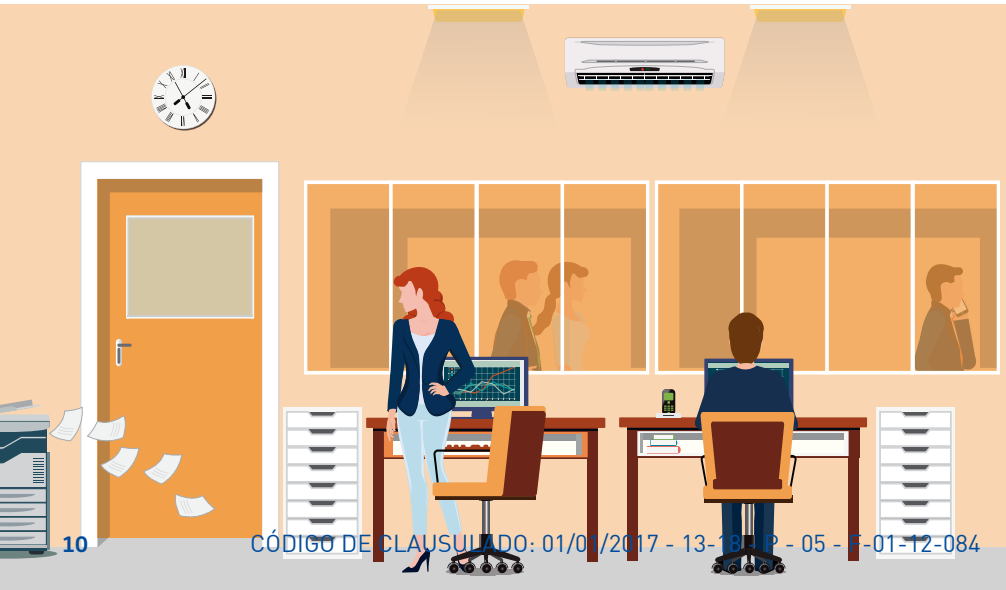
El valor asegurado para cada cobertura será la suma máxima que SURA pagará en caso de siniestro.

### 3. Vigencia

La duración de cada una de las coberturas, será la establecida en la carátula, en las condiciones particulares o en los anexos de este seguro.

### 4. Efectividad de la garantía

De acuerdo a los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, usted deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y acreditar el valor de la pérdida, respetando el derecho de audiencia del contratista-garantizado y de SURA de acuerdo a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, así:



4.1 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare la caducidad del contrato y ordene el pago al contratista-garantizado y al garante, bien sea de la cláusula penal o de los perjuicios que ha cuantificado. El acto administrativo de caducidad constituye el siniestro.

4.2 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal impone multas, debe ordenar el pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente constituye el siniestro.

4.3 Por medio del acto administrativo en el cual la entidad estatal declare el incumplimiento, puede hacer efectiva la cláusula penal, si está pactada en el contrato, y ordenar su pago al contratista-garantizado y al garante. El acto administrativo correspondiente es la reclamación para la compañía de seguros.

En cualquier caso, para determinar el monto del perjuicio a reclamar a SURA, usted deberá deducir del mismo cualquier suma que le adeude al contratista- garantizado.



### 5. Indivisibilidad de la garantía

Este seguro es indivisible. Sin embargo, de acuerdo a lo previsto en el Decreto 1082 de 2015, si el contrato garantizado tiene una duración mayor a cinco años, se cubren los riesgos de la etapa del contrato o período contractual indicado en la carátula, según lo señalado en las condiciones particulares de este seguro.

El seguro será independiente para cada etapa del contrato, para cada período contractual o para cada unidad funcional, según sea el caso.

La vigencia será igual a la de la respectiva etapa, período contractual o unidad funcional y el valor asegurado corresponde a las obligaciones del contratista que nacen y que son exigibles en cada una de las respectivas etapas, períodos contractuales o unidades funcionales.

Antes del vencimiento de cada etapa del contrato o cada período contractual, el contratista está obligado a prorrogar la vigencia del seguro o a obtener uno nuevo que cubra el cumplimiento de sus obligaciones para la etapa del contrato o el periodo contractual siguiente. Ahora bien, si SURA decide no continuar garantizando la etapa del contrato o período contractual siguiente, le debe informar su decisión por escrito a la entidad estatal contratante asegurada seis meses antes del vencimiento del plazo de la garantía correspondiente.

Este aviso no afecta la garantía de la etapa contractual o período contractual en ejecución. Si SURA no da el aviso con la anticipación mencionada y el contratista no obtiene una nueva garantía, SURA quedará obligada a garantizar la etapa del contrato o el período contractual siguiente.

En consecuencia, en la medida en que SURA cumpla estrictamente con la obligación de informar por escrito a la entidad estatal contratante asegurada con seis meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la garantía, sobre su decisión de no continuar garantizando la etapa siguiente del contrato, si el contratista garantizado incumpliere la obligación de prorrogar u obtener la póliza para dicha etapa, no se afectará por tal hecho la garantía vigente.

## 6. Cesión de la póliza

Este seguro no se puede ceder ni modificar al tomador, afianzado, beneficiario o asegurado sin que SURA lo autorice.

En caso de no cumplirse lo anterior, el seguro terminará automáticamente y SURA solo pagará los daños causados por incumplimientos que se den antes de la fecha de cesión.





## 7. Cesión del contrato garantizado

El contrato garantizado no puede ser cedido sin la autorización escrita de SURA, de no ser así, este seguro terminará automáticamente desde la fecha de la cesión.

## 8. Terminación por agravación del estado del riesgo.

Este seguro se termina si se hacen cambios al objeto, las obligaciones, la vigencia o al valor del contrato garantizado, si estos no son informados a SURA 10 días después de realizados para evaluar el nuevo riesgo y determinar si se cubren o no dichas modificaciones.

## 9. Pago de prima e irrevocabilidad

El presente seguro no termina por falta de pago de la prima ni podrá ser revocado unilateralmente.

## 10. Pago del siniestro

SURA pagará el valor del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha de recepción de la comunicación escrita presentada por usted, acompañada del acto administrativo ejecutoriado, según lo establecido en el numeral 4 de la presente Sección.

Según el artículo 1110 del Código de Comercio SURA podrá optar por cumplir su prestación mediante el pago de la indemnización o continuando la ejecución de la obligación garantizada.



Cuando existan saldos a favor del contratista-garantizado, usted aplicará la compensación de acuerdo con el numeral 12 de la presente Sección, disminuyendo el valor a indemnizar. Si no existen saldos a favor del contratista-garantizado, usted deberá certificarlo.

## 11. Coexistencia de seguros

Si al momento del siniestro existen otros seguros de cumplimiento con las mismas coberturas, la indemnización se divide entre los aseguradores, en proporción al monto asegurado por cada uno, sin superar la suma asegurada por SURA.

## 12. Compensación

Si la entidad estatal contratante asegurada al momento de tener conocimiento del incumplimiento o con posterioridad a este y anterior al pago de la indemnización, fuere deudora del contratista-garantizado por cualquier concepto, se aplicará la compensación y la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias, según la ley, de conformidad con lo señalado en los artículos 1714 y subsiguientes del Código Civil.

Igualmente, se disminuirá del valor de la indemnización, el valor correspondiente a los bienes que la entidad estatal contratante asegurada haya obtenido del contratista-garantizado, sea judicial o extrajudicialmente, en ejercicio de las acciones derivadas del contrato cuyo cumplimiento se garantiza por medio del presente seguro.

En los eventos en que existan saldos a favor del contrista-garantizado, la entidad estatal aplicará la compensación a que se refiere el numeral 12 de la presente Sección, estableciendo la disminución en el valor a indemnizar. En caso de no existir saldos a favor del contratista-garantizado, la entidad estatal expedirá constancia en dicho sentido.

## 13. Subrogación

En virtud del pago de la indemnización SURA se subroga, hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del asegurado contra el contratista-garantizado.

Si usted renuncia a sus derechos contra el contratista-garantizado pierde el derecho a la indemnización.

## 14. Intervención en procesos de reorganización y/o liquidación.

Cuando el contratista-garantizado solicite ser admitido admisión en alguno de los procesos de la Ley 1116 de 2006 y sus normas complementarias o sustitutivas, usted debe hacerse parte del mismo y notificar a SURA.

Si usted se abstiene de intervenir en el proceso oportunamente, SURA deducirá de la indemnización, el valor de los perjuicios que esto le cause.





## 15. Certificados o anexos de modificación

Cuando la suma asegurada sea aumentada o disminuida o cuando las condiciones del contrato original sean modificadas, SURA expedirá un certificado o anexo de modificación del seguro en caso de aceptar los cambios.

## 16. Vigilancia e inspección

SURA puede vigilar la ejecución del contrato garantizado e intervenir para facilitar el cumplimiento de la obligación garantizada. Así mismo, usted debe ejercer dicha vigilancia.

Cuando sea necesario, SURA puede revisar los libros y documentos del contratista-garantizado y del asegurado, que tengan relación con el contrato.

## 17. Notificaciones y recursos

Usted debe notificar a SURA los actos administrativos expedidos con la finalidad de afectar el presente seguro, previo agotamiento del derecho de defensa del contratista-garantizado y de SURA.

## 18. Naturaleza del seguro

Este seguro no representa una obligación solidaria ni incondicional y su efectividad depende de la ocurrencia del siniestro y su cuantificación.

## 19. Cláusulas incompatibles

En caso de que no concuerden las condiciones de este seguro con las del contrato, predominan las primeras



## 20. Solución de conflictos.

Cualquier conflicto originado por la celebración o ejecución del contrato de seguro será resuelto por la justicia ordinaria.

Si después de haberse emitido este seguro, las partes del contrato garantizado celebran un compromiso, el mismo no obliga a SURA a menos que esta lo acepte expresamente y por escrito.

## 21. Domicilio

Para los efectos de este seguro, se acuerda como domicilio de las partes, la ciudad de Medellín-Colombia.

## 22. Coaseguro

Si existe coaseguro el valor de la indemnización se divide entre los aseguradores en proporción al valor de sus respectivos seguros, sin que exista solidaridad entre los mismos.

## 23. Devolución de primas

Cuando el valor asegurado se disminuya durante la ejecución del contrato garantizado o cuando sea retirada alguna cobertura, SURA devolverá al tomador de forma proporcional, la prima no devengada.



